

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

OLHAR O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E
REFLETIR NO PERCURSO SOBRE AS INTERVENÇÕES DO EESMO NA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório Final de Estágio orientado pela Prof.^a Maria Vitória Barros de
Castro Parreira

Maria da Graça Martins Mendes

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

Por ser a gratidão uma das mais nobres qualidades humanas, aqui se deixam alguns agradecimentos.

À orientação prestada pelo Professora Doutora Maria Vitória Barros Castro Parreira, quem sempre manifestou disponibilidade e interesse pelo meu percurso formativo.

Às enfermeiras Tutoras, que por mim serão lembradas como exemplos de profissionalismo e competência, aliados a valores humanos de nível invulgar.

A todos os elementos do Hospital Pedro Hispano, onde tive o privilégio de realizar estágio, pela disponibilidade e apoio desde sempre manifestados, viabilizando o meu crescimento pessoal e formação profissionalizante.

Aos meus colegas do Hospital S. João pela amizade, espírito de entreaajuda, companheirismo, lealdade e apoio desde sempre partilhados.

Aos meus Amigos pelo incondicional suporte, amizade e dedicação.

Aos meus Pais que desde sempre acreditaram no meu valor e alicerçaram o meu crescimento.

À minha força maior, ânimo supremo, PS.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychiatric Association*

APPT – Ameaça de parto pré-termo

CTG – Cardiotocografia

DPP – Depressão pós-parto

EESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo)

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FDA – *Food and Drug Administration*

HPH – Hospital Pedro Hispano

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura prematura de membranas

TP – Trabalho de parto

UGR – Unidade de Grávidas de Risco

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

	P.
1. INTRODUÇÃO	11
2. SÍNTESE DO PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	13
3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	15
3.1 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMO	16
3.1.1 Gravidez	18
3.1.2 Trabalho de parto	35
3.1.3 Pós-parto	42
4. INTERVENÇÃO DO EESMO NA DETECÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	51
4.1 INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA	51
4.2 METODOLOGIA	53
4.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)	55
4.3.1 Os Conceitos de <i>Blues</i>, DPP e Psicose Puerperal	55
4.3.2 Epidemiologia	62
4.3.3 Efeitos sobre a relação mãe-criança	63
4.3.4 Fatores de risco	69
4.3.5 Diagnóstico	73
4.3.6 Prevenção	74
4.3.7 Tratamento	76
4.4 INTERVENÇÃO DO EESMO NA DETECÇÃO DA DPP E A SUA RELEVÂNCIA	80
4.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA	87
4.6 PROPOSTA DE ALGORITMO PARA A INTERVENÇÃO DO EESMO NA DETECÇÃO PRECOCE DA DPP	91
5. CONTRIBUTO DO ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E PESSOAL	95

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	111

RESUMO

O presente relatório reporta-se ao estágio profissionalizante: gravidez, trabalho de parto e pós-parto, inserido no plano curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Do relatório constam a síntese do projeto individual de estágio, a descrição das atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas da EESMO e ainda uma revisão integrativa de literatura cuja temática versa a problemática da Depressão Pós-Parto (DPP). É feita esta abordagem à DPP, por ser uma patologia que ocorre nas primeiras semanas após o parto com consequências negativas não só para a mãe, como também para o filho e para a família.

Considerámos que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) pode assumir grande relevância no acolhimento e encaminhamento da puérpera. Por isso, pretendeu objetivar-se sobre formas de atuação e tomadas de decisão preventivas do EESMO relativas à DPP. Neste contexto, no sentido de enfatizar uma prática baseada em evidência científica, foi realizado um estudo qualitativo, sob o método de uma revisão integrativa da literatura, relativa ao contributo das intervenções do EESMO no âmbito da deteção e intervenção precoces em potenciais situações de DPP.

Com o objetivo de operacionalização e uniformização da atuação do EESMO, perante quadros de puérperas (potencialmente) deprimidas, foi elaborada uma proposta de algoritmo para a intervenção do EESMO na deteção precoce de DPP. Como instrumento facilitador da deteção de DPP sugere-se a aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Esta revisão integrativa realizada, contribuiu para um entendimento mais consistente e abrangente da temática, potenciou a ação reflexiva e as suas capacidades. Crê-se ainda vantajosa, a utilidade do algoritmo construído, já que tende a uniformizar as medidas de atuação do EESMO, concretizando um plano de ação prático e de simples implementação. No âmbito dos objetivos estabelecidos para o estágio, considera-se que a aquisição e desenvolvimento das competências específicas de EESMO foram

alcançados, crescendo valor técnico e humano ao desenvolvimento profissional e pessoal.

ABSTRACT

The present report aims to describe and critically reflect the academic route as a Masters in Nursing. In order to acquire and develop skills consistent with those of a nurse with a specialty in the area of maternal health and midwifery was an accomplished work experience in three areas dependent on the valence of obstetrics: the unit risk pregnancies, deliveries and block midwifery services, the Hospital Pedro Hispano. These fields of intervention favored the care of women and families living process of pregnancy complications, labor, birth and postpartum, enabling planning and implementing interventions, reflect and justify the same, in order to obtain and develop the skills the specific nurse specialist in obstetrics and maternal health.

Daily being nurses faced with having to make decisions, the need emerged to contribute to building a body of consolidated knowledge and based on scientific evidence that enhance professional practice. So the question arose of what would be the implications of maternal-fetal realization of the pressure at the bottom of the uterus during expulsion maneuver because it was evident the difference in opinions and practices with respect thereto.

The integrative literature review conducted shows that the application of this maneuver does not reduce the second phase of labor and the damage does not outweigh the benefits of its application as it is shown an increase in severe perineal lacerations and episiotomies, shoulder dystocia, prolapsed uterine, placental retention, dyspareunia and maternal urinary incontinence. As the newborn compared with infants not seem significant statistical difference unexposed to maneuver fundal pressure during birth there.

Despite the controversy, this intervention continues to be held, and more research studies are needed to validate its effectiveness and safety.

Keywords: Specific Competencies, Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal Health, fundal pressure maneuver.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório reporta-se ao estágio profissionalizante, estágio de gravidez, trabalho de parto e pós-parto, inserido no plano curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos, para o processo de estágio, prevê a elaboração de um projeto que justifique relevância da entidade de acolhimento no quadro dos objetivos definidos para o processo, bem como um relatório de estágio final, em que se dê conta das atividades desenvolvidas e das mais-valias adquiridas. *O relatório de estágio deve evidenciar as competências adquiridas durante o processo de estágio e a contribuição do desenvolvimento do estágio para a entidade de acolhimento* (ESEP, 2010), bem como, uma avaliação sobre a realização dos objetivos definidos no projeto de estágio.

Dando cumprimento aos pressupostos regulamentados, foi delineado um projeto individual de estágio e a transposição de saberes aprendidos e concretizada mediante a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais específicas inerentes ao EESMO. Tendo por base os objetivos e atividades previstas no projeto, o presente documento objetiva efetuar uma análise crítica e reflexiva, capaz de extrair e apreciar significados do estágio experienciado, enquanto contributo de desenvolvimento profissional e pessoal.

O percurso formativo do EESMO pressupõe a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas, reconhecidamente habilitado, para auxiliar todas as mulheres a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, com especial relevância na vigilância pré-natal. Não descurando o propósito mor da elaboração do relatório de estágio, enquanto arquivo detentor de competências e contribuições do estágio, para a EESMO em formação, o presente trabalho serviu igualmente o propósito de fazer refletir sobre a temática DPP. Neste contexto, fora realizado uma

pesquisa cuidada da temática específica relativa à contribuição do EESMO na detecção e intervenção precoces em quadros de DPP, materializada neste documento sob forma de revisão integrativa de literatura.

Por ser real e consistente a evidência das consequências adversas da DPP, quer para a mãe, quer para o RN, fora eleita a temática em consideração, auspiciando prestar-se contributo útil ao sistematizar informação fidedigna sobre a relevância da intervenção do EESMO na identificação, apoio e encaminhamento de gestantes e/ou puérperas com predisposição depressiva.

O presente documento obedece a uma organização que se pretende lógica e facilitadora da compreensão, pelo que foi estruturado ao longo de seis capítulos.

Ao primeiro, foi destinado um propósito introdutório, onde são apresentados a temática, objetivos e a estrutura do relatório.

O segundo capítulo diz respeito à sistematização dos principais elementos constitutivos do projeto individual de estágio.

Do terceiro capítulo consta a descrição das atividades de estágio, rumo à aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESMO durante a gravidez, no trabalho de parto e no pós-parto.

O quarto capítulo reporta-se à revisão integrativa da literatura relativa à temática do contributo da assistência prestada pelo EESMO na detecção e intervenção precoces em quadros de DPP.

O contributo que o estágio profissionalizante prestou, ao serviço do desenvolvimento profissional, constitui o quinto capítulo do documento. Neste âmbito, é apresentada uma auto crítica relativa, à aquisição e exercício das competências específicas profissionais, ao desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e organizacionais relevantes para a inserção na vida ativa, à interação com profissionais mais experientes e ao trabalho em equipa vivenciado, ao desenvolvimento de hábitos de trabalho, espírito empreendedor e sentido de responsabilidade profissional nesta área da sua formação.

O sexto e último capítulo do relatório de estágio, contempla as considerações finais.

2. SÍNTESE DO PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Tratando-se o estágio de um período privilegiado de aquisição de novos conhecimentos teóricos e técnicos, de articulação entre formação e experiências preconizadas em contexto de trabalho, importa delinear uma estrutura que o concretize e torne exequível. Neste sentido, foi elaborado o projeto individual de estágio, cujos principais objetivos se listam no seguimento:

- Adquirir e desenvolver competências específicas que permitam o exercício profissional de cuidados de enfermagem direcionados à Mulher, nomeadamente em contextos de gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutiva e gravidez, em processo de maternidade e exercício de paternidade;
- Proceder a uma revisão integrativa de literatura referente à DPP e à contribuição do EESMO na sua deteção e intervenção precoces em quadros de DPP, enfatizando o seu papel nomeadamente tendo uma atitude preventiva.

A possibilidade de operacionalizar um período de estágio profissional e a temática eleita para o estudo de revisão integrativa de literatura decorrem de forma articulada. A temática em apreço havia já despertado interesse, em tempo anterior à frequência do MESMO, nomeadamente pelo facto de ter formação na área de especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e ter vivenciado experiências e contactos com mulheres com DPP e as suas crianças. Oportunamente, a temática pôde ser explorada nesta relevante fase do percurso formativo.

Dos vários elementos que coadjuvaram o interesse pela temática, destacam-se nomeadamente:

- ▶ A prevalência da DPP e os efeitos adversos que a mesma pode acarretar para a mãe, o filho e a relação de ambos;
- ▶ O facto da sociedade atual ainda “reclamar” uma postura capaz e uma atitude feliz à puérpera (o que pode contribuir para a camuflagem de sinais ou sintomas de DPP);
- ▶ O reconhecimento e valorização do contributo que o EESMO pode prestar na prevenção da DPP ou na minimização dos seus efeitos.

No âmbito da prossecução dos objetivos delineados, e ainda segundo a Diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 07 de setembro de 2005, para a obtenção do título de ESMO o aluno deve realizar pelo menos 40 partos. O estágio profissionalizante decorreu no período compreendido entre dezembro de 2012 e julho de 2013 perfazendo um total de 900 horas de duração; teve lugar no Hospital Pedro Hispano.

A carga horária do estágio, prevista pelo plano de estudos, fora cumprida, bem como foram assistidas as aulas de orientação tutorial destinadas ao acompanhamento da evolução do projeto individual, por parte da docente responsável pela orientação do estágio.

3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O ESTÁGIO

No presente capítulo consta a descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, enquanto estudante do 2º ano do mestrado do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. O estágio de gravidez, trabalho de parto e pós-parto totalizou uma carga horária de 900 horas, distribuídas nas diferentes unidades de cuidados nomeadamente Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto, Autocuidado e Preparação para a Parentalidade, tendo decorrido de 10 de dezembro de 2012 a 25 de julho de 2013.

De acordo com o estipulado no plano de estudos, são objetivos deste estágio (ESEP, 2012):

- Desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental;
- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e de puerpério;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora, gravidez, processo de maternidade e exercício de parentalidade em contexto hospitalar/comunitário;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

O Percurso do Estágio

O processo de integração visou a sua adaptação á estrutura física, dinâmica da equipa e especificidade dos cuidados especializados, para adquirir competências pessoais e profissionais e promover a autonomia no exercício

das suas funções, enquanto estudante, para culminar na aquisição de competências específicas inerentes ao EESMO.

Na primeira fase de estágio, foram estabelecidos os contactos e a apresentação com as enfermeiras tutoras, onde ocorreram vários momentos de discussão e esclarecimento, nomeadamente, face à necessidade de clarificar a operacionalização de alguns objetivos do estágio, sistemas de informação, forma de organizar o horário a cumprir, bem como a outras dinâmicas da equipa onde foi integrada, às regras e procedimentos relativamente aos diferentes unidades de cuidados do H.P.H onde realizou o estágio. Foram ainda consultados os protocolos e normas do Serviço de forma a promover a adaptação a toda a estrutura orgânica-funcional das unidades de cuidados do hospital.

Foi apresentada a toda a equipa integrante do Serviço, cujo recetividade foi muito gratificante, pois foi notória a prontidão e disponibilidade para auxiliar, sempre que necessário.

Esta postura foi verificada em todo o percurso, nas restantes fases do estágio, de tal forma que sempre se sentiu apoiada e progressivamente, sem que quase se apercebesse estava completamente integrada na dinâmica da equipa,. Esta cumplicidade permitiu desenvolver competências, mobilizar e recontextualizar saberes no âmbito dos cuidados de enfermagem à grávida, parturiente e puérpera e família.

3.1 Aquisição e Desenvolvimento das Competências Específicas do EESMO

Considera-se que, no domínio profissional do EESMO, o termo competência assume uma dimensão muito além da mera transposição de modelos teóricos até à prática, pressupondo antes uma abordagem holística de cada Mulher na sua situação contextual particular, o que reflete a natureza complexa dos cuidados da especialidade. Não obstante, a abordagem ao conceito reflete sempre a evidência do conhecimento científico que a norteia. Le Boterf (2003, *cit. por* Paiva & Melo, 2008) considera que competência é um saber agir responsável que engloba saber mobilizar, integrar e transmitir

conhecimentos, recursos e habilidades, em determinado contexto profissional. Assim sendo, tal saber gera uma consequência inevitável, que é o seu reconhecimento por outros.

Já Perrenoud (1999, *cit. por* Correia, 2012) refere competência como sendo uma orquestração de diversos recursos cognitivos e afetivos, que permitem estar capacitado para enfrentar um conjunto de situações complexas, articulando os saberes em contexto e com um agir eficaz.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios consideradas competências comuns¹ – a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. Atentando às dimensões consideradas, foram desenvolvidas competências comuns durante todo o período de estágio: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a).

Segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, para a obtenção do título de EESMO, o aluno deve realizar, pelo menos, 40 partos, salvo se o número de parturientes foi reduzido (nessas circunstâncias o número pode ser reduzido para 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos distócicos). Em 2010 foi aprovado o regulamento que define o perfil de competências específicas² do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (disponível em ANEXOS I), segundo o qual, este profissional assume no seu exercício profissional intervenções autónomas

¹ “Competências comuns” são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente de sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2010a).

² “Competências específicas” são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2010a).

em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autônomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2010b).

De acordo com o mesmo documento, o EESMO assume a responsabilidade pelo exercício de áreas de intervenção de atividade tais como (OE, 2010b) :

- Planeamento familiar e pré-concepcional – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, planeamento familiar e do período pré concepcional;
- Gravidez – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal;
- Parto – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto;
- Puerpério – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal.

A realização do estágio traduziu-se na aquisição e desenvolvimento das competências específicas da EESMO, segundo um processo dinâmico e interativo *de mobilização de saberes. Neste âmbito, foi promovida uma interligação entre a formação de base, a prática baseada na evidência, a experiência acumulada ao longo do tempo e as necessidades avaliadas para cada contexto.*

Mediante atitudes reflexivas e ponderadas, foi igualmente fomentado o pensamento crítico, antecipando tomadas de decisão assertivas.

3.1.1 Gravidez

No decorrer deste capítulo far-se-ão as descrições das atividades desenvolvidas durante o período de estágio na Unidade de Grávidas de Risco (UGR). Neste âmbito, foram desenvolvidas competências específicas

necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada à gravidez.

Na UGR, as intervenções centraram-se essencialmente em prestar cuidados à mulher internada com gravidez de risco, capazes de garantir uma vigilância pré-natal de abrangência clínica, biológica, psicossocial e cultural, no sentido de minimizar complicações que poderiam comprometer a saúde/vida da grávida e feto.

A deteção de eventuais fatores de risco ou desvios à normalidade do estado gravídico foram igualmente atentados neste período.

Os cuidados de enfermagem foram prestados a grávidas com os seguintes diagnósticos clínicos

- ↳ Retenção de Ovo Desvitalizado (ROD);
- ↳ Rotura Prematura de Membranas (RPM);
- ↳ Esvaziamento Uterino Instrumental (EIU);
- ↳ Indução de trabalho de parto através de maturação cervical ou ocitócica;
- ↳ Ameaça de Parto Pré -Termo (APPT);
- ↳ Metrorragia do 1º, 2º e 3º trimestre,
- ↳ Diabetes gestacional controlada com dieta, insulinotratada e Tipo I;
- ↳ Interrupção Médica da Gravidez(IMG);
- ↳ Pielonefrite aguda;
- ↳ Cólica renal;
- ↳ HTA crónica secundária;
- ↳ Colestase intra-hepática;
- ↳ Suspeita de Mola Hidatiforme;
- ↳ Gravidez Éctópica,
- ↳ Hidrâmnios;
- ↳ Oligoâmnios;

Na UGR, os cuidados de enfermagem, prestados, à grávida internada, foram realizados tendo em conta a patologia e de acordo com os manuais de procedimentos, bem como os protocolos existentes no Serviço, cuja descrição das atividades mais relevantes se faz de seguida.

ADMISSÃO/ACOLHIMENTO DA GRÁVIDA NO SERVIÇO

Pese embora se apresente, no presente capítulo, uma descrição generalizada das atividades desenvolvidas, com o propósito da fundamentação da aquisição das competências inerentes ao EESMO, importa ressaltar a singularidade com que cada utente foi desde sempre entendida. Compreender cada grávida, com o seu historial clínico, no interior da sua família, inserida em determinado contexto, tendo em atenção as suas vivências, foi uma constante.

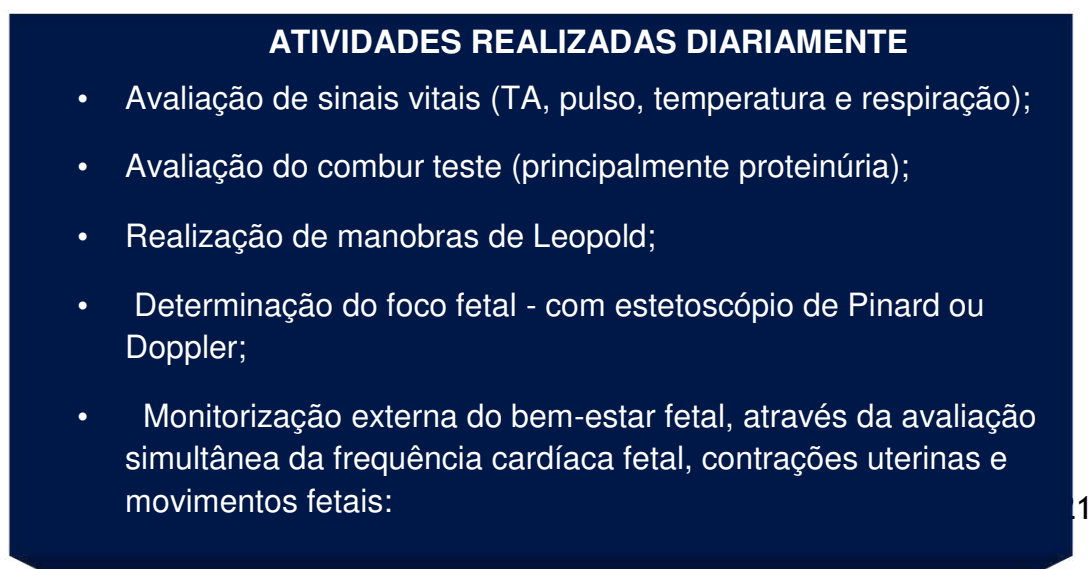
A mulher, enquanto entidade beneficiária de cuidados de ESMO, necessita ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve.

A admissão da grávida no serviço era iniciada pela apresentação à grávida e pela sua identificação. No seguimento, os procedimentos realizados integraram a consulta do processo da utente, uma avaliação inicial, bem como o concomitante estabelecimento de uma relação de disponibilidade e proximidade com a utente. O processo de admissão representa-se esquematicamente na figura 1 que se segue.



Fig. 1 – Representação esquemática dos procedimentos realizados pelo EESMO na admissão da grávida no serviço.

As atividades realizadas, com periodicidade diária, encontram-se sintetizadas na representação esquemática da fig. 2.



- Este procedimento é efetuado a todas as grávidas com idade gestacional superior ou igual a 30 semanas ou em situações de prescrição médica;

- O tempo de realização é no mínimo 20 a 40 minutos, podendo prolongar-se sempre que se justifique (por exemplo, se traçado

Iniciar a monitorização com cardiografia

- Reunir equipamento;
- Promover ambiente adequado;
- Explicar procedimentos à grávida/família;
- Observação/palpação dos contornos fetais (manobras de Leopold);
- Colocação dos transdutores na pele abdominal do tocotransdutor (contrações uterinas) e do transdutor de ultrassons (frequência cardíaca fetal).
- Posicionar a grávida preferencialmente em decúbito lateral esquerdo;
- Promover o registo dos movimentos fetais através de dispositivo acionado pela grávida (perceção da mesma);
- Calibrar toco na ausência de contração uterina;
- Promover registo cardiotocográfico em papel devidamente identificado (inclui nome; data hora, e/ou

Efetuar leitura e interpretação do traçado

- Determinar a linha de base (média do (s) segmento (s) estáveis mais baixos);
- Identificação de acelerações e desacelerações;
- Avaliação da variabilidade da FCF;
- Classificação do traçado:
 - o Normal - manter atitude;
 - o Suspeito - vigilância mais apertada;
 - o Patológico:
- Verificação da monitorização;
- Alterar posição materna;
- Corrigir hipotensão materna;
- Avaliar contratilidade uterina (suspender indução, tocólise);
- Corrigir complicação respiratória materna;
- Efetuar toque, diagnóstico da apresentação e variedade (descompressão da apresentação e/ou pesquisa de outros achados);
- Atuar em conformidade com a classificação do traçado;
- Notificar o médico sobre a situação e os achados.

Fig. 2 – Representação esquemática das atividades realizadas diariamente pelo EESMO, no que respeita aos cuidados prestados à grávida.

A interpretação do registo cardiotocográfico envolve a análise dos parâmetros obtidos permitindo a classificação do padrão do traçado. Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, como o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal, e da situação clínica de cada

grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados no bem-estar materno e fetal. É por isso fundamental que o enfermeiro que presta estes cuidados seja detentor de saberes consolidados e baseados na evidência científica. A vigilância do bem-estar materno fetal insere-se nas atividades de exercício profissional do EEESMO, sendo este quem está habilitado para identificar, tomar a decisão fundamentada e executar os cuidados de Enfermagem que considere pertinentes. A cardiotocografia é um processo que contribui para a avaliação do bem-estar fetal, logo da competência autónoma do EEESMO (CE, 2010).

GRÁVIDA COM RETENÇÃO DE OVO DESVITALIZADO

O protocolo era iniciado pelo médico com a colocação de misoprostol comprimidos inseridos no fundo do saco vaginal posterior. Este procedimento era realizado no Serviço de Urgência ou quando a mulher chegava ao Serviço de Medicina Materno Fetal.

Descrição das atividades desenvolvidas:

- Confirmar se a bexiga estava vazia;
- Colocação em posição ginecológica;
- Repetir aplicação conforme prescrição (misoprostol comprimidos, humedecidos com soro fisiológico, no fundo de saco vaginal);
- Efetuar ensinios á utente especificamente sobre:
 - Repouso no leito durante 30 minutos após cada aplicação, para melhor absorção e após pode deambular;
 - Coletar produto orgânico, no sentido do seu envio para Anatomia Patológica;

- Se visualizar a saída de qualquer produto ou coágulos, mostrar à enfermeira;
- Após as 13 horas da tarde, deve ficar em jejum até avaliação ecográfica ou esvaziamento uterino;
- Avaliação da perda hemática vaginal;
- Colocação de soroterapia e jejum imediato, se perda hemática abundante;
- Vigilância de efeitos laterais mais frequentes:
 - a) Algias pélvicas (referida pela mulher e pela fâcies da mulher):
 - Proporcionar posicionamento que melhore a sintomatologia;
 - Ensino de respiração adequada;
 - Administração de terapêutica, se necessário;
 - b) Hipertermia:
 - Avaliação de temperatura auricular em SOS;
 - Efetuar arrefecimento natural;
 - Colocação de compressas embebidas em água;
 - Administração de terapêutica, se necessário;
 - c) Perda hemática abundante:
 - Avaliação de sinais vitais;
 - Cateterização de uma veia e colocação de soroterapia;
 - Chamar médico;
 - d) Alterações gastrointestinais:
 - Cateterização de uma veia e colocação de soroterapia;
 - Administração de terapêutica, se necessário;
- Identificar o produto expulso;
- Enviar sempre os fragmentos expulsos para anatomia patológica e/ou estudo citogenético;
- Esclarecer qualquer dúvida da utente;
- Apoio psicológico à mulher/companheiro. Se necessário, encaminhamento para especialista (psicólogo, psiquiatra etc.);
- Administração de imunoglobulina - Rhogan, nas situações de incompatibilidade RH (até 72 horas após).

GRÁVIDA COM DIABETES

Neste ponto incluem-se os cuidados prestados à grávida com:

- Diabetes do tipo I;
- Diabetes do tipo II;
- Diabetes gestacional, controlada com dieta;
- Diabetes gestacional, com insulino-terapia.

Na diabetes do tipo I incluem-se as situações em que a causa principal é a destruição das células beta dos ilhéus pancreáticos e que têm grande predisposição para desencadearem cetoacidose. Habitualmente, as pessoas com diabetes tipo I têm um déficit absoluto de insulina; incluindo situações que se pensa serem determinadas por um processo autoimune e também situações de causa desconhecida (ECDCCDM, 2003 *in* Lowdermilk, 2008).

A diabetes do tipo II é a forma mais prevalente da doença e engloba as pessoas que têm resistência à insulina e, habitualmente, um déficit relativo (em vez de absoluto) de insulina (ECDCCDM, 2003 *in* Lowdermilk, 2008).

A diabetes *mellitus* gestacional diz respeito a qualquer grau de intolerância à glicose com início, ou com o primeiro reconhecimento durante a gravidez. Esta definição é adequada quer seja utilizada insulina ou não para seu controlo, ou se a diabetes persiste após a gravidez e, não exclui a possibilidade de a intolerância à glicose ser prévia à gravidez. As mulheres que desenvolvem diabetes gestacional devem ser reavaliadas para reclassificação seis semanas, ou mais, após o término da gravidez (ECDCCDM, 2003 *in* Lowdermilk, 2008).

Descrição das atividades desenvolvidas:

- Manutenção de um bom controlo metabólico:
 - Jejum inferior a 90mg/dl;
 - Pós-prandial inferior a 120mg/dl;

- Monitorização de glicemia capilar (antes das três principais refeições e uma hora após ou segundo prescrição médica e/ou protocolo do serviço);
- Administração de insulina, se necessário ou por prescrição médica;
- Prevenção de complicações materno-fetais:
 - Realização de cardiotocografia ou avaliação de ruídos cardíacos fetais, de acordo com a idade gestacional;
- Tranquilizar a grávida, permitindo a verbalização de medos e sentimentos;
- Promover o apoio emocional;
- Informar a grávida sobre o plano dietético:
 - Dieta equilibrada e polifracionada (seis refeições por dia);
 - Contactar dietista;
 - Supervisionar alimentação;
- Efetuar ensino à grávida sobre:
 - Importância da adoção e cumprimento de um regime alimentar adequado;
 - Importância do exercício físico (marcha diária);
 - Efeitos da diabetes na gravidez, tais como:
 - Repercussões maternas (hipoglicemia, infeções, cetoacidose, pré-eclampsia, hidrâmnios, hemorragia pós parto, parto vaginal traumático);
 - Repercussões fetais (mal formações fetais, morte fetal, restrição do crescimento intrauterino, parto pré-termo, macrossomia);
 - Repercussões neonatais (síndrome de dificuldade respiratória, devido ao atraso na produção de fosfatidiglicerol, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia);
 - Repercussões na infância (obesidade, atraso de desenvolvimento neurológico e intelectual, diabetes mellitus tipo II);
 - Importância do auto vigilância e controlo glicémico, de acordo com o esquema prescrito pelo médico;

- Importância da auto administração de insulina;
- Preparação para a alta:
 - Explicar causas, sintomas, tratamento e prevenção de hipo/hiperglicemia à grávida e família;
 - Informar os familiares como agir em situação de hipo/hiperglicemia;
- Encorajar o uso de medidas de segurança;
 - Utilizar um cartão ou pulseira de identificação;
 - Trazer consigo açúcar de absorção rápida;
- Informar a grávida sobre as redes de suporte formais e informais.

GRÁVIDA COM RUTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

A rutura prematura de membranas é a rutura do saco amniótico e a perda de líquido amniótico pelo menos uma hora antes do início do trabalho de parto, em qualquer idade gestacional. A rutura prematura de membranas pré-termo isto é, rutura de membranas antes das 37 semanas de gestação, ocorre em cerca de 25% de todos os casos de trabalho de parto pré-termo (Lowdermilk, 2008).

Neste contexto, as ações de enfermagem têm como objetivo detetar qualquer alteração do bem-estar fetal e/ou contrações uterinas, alterações nas características do líquido amniótico (cor, cheiro, consistência e quantidade) e avaliar a temperatura basal da grávida.

Descrição das atividades desenvolvidas:

- Avaliar estado emocional e se necessário apoio psicológico

- Informar a mulher da necessidade de repouso absoluto no leito, alertando para:
 - O aumento da perda de líquido amniótico se sentar ou levantar;
 - A necessidade fetal de líquido amniótico para o seu bem-estar e desenvolvimento;
- Ensino à mulher sobre:
 - Cuidados perineais, sempre que evacua, com antisséptico e na direção da vagina para o ânus;
 - Sintomas de alerta como febre e contrações uterinas;
 - Prestar atenção aos movimentos fetais (dependendo da idade gestacional), se diminuírem deve alertar;
 - Necessidade de aumentar a hidratação oral;
 - Manutenção de movimentos ativos/ passivos dos membros inferiores.
- Observar e registar características de líquido amniótico e se alterações comunicar à equipe médica;
- Avaliação e registo da temperatura materna sempre que necessário
- Avaliação do bem-estar fetal através:
 - Ruídos cardíacos ao doppler, sempre que se verifique qualquer situação de risco e/ou cardiografia uma vez turno (mais de 30 semanas de gestação);
 - Questionar a grávida sobre movimentos fetais.
- Avaliação das condições do colo, se necessário, mediante resultado da cardiotocografia, queixas da grávida e palpação abdominal
- Ouvir as queixas da grávida;
- Apoio nas atividades de vida segundo dependência da grávida;
- Proceder a atividades interdependentes (ex: administração de antibióticos, colheita de sangue e/ou exsudados) conforme prescritas.
- Proporcionar o máximo de conforto adotando as medidas mais adequadas e possíveis
- Mostrar disponibilidade
- Avaliar os cuidados prestados e revê-los de acordo com a avaliação
- Registrar todos os cuidados e respostas da utente às intervenções

GRÁVIDA COM DIAGNÓSTICO TERMINAÇÃO DE GRAVIDEZ/MATURAÇÃO CERVICAL

Descrição das atividades desenvolvidas:

Consiste na introdução do dispositivo (prostaglandinas, um dispositivo de libertação lenta) na vagina; colocação no fundo do saco vaginal posterior, em posição transversal. A sua utilização deve ser cuidadosamente supervisionada, a fim de se detetar uma resposta indesejada como:

- Hipertonia (duração da contração > 2 min);
- Taquissístolia (> 5 contrações/10 min., pelo menos durante 20 min.);
- Desacelerações (superiores a 2 min.);
- Explicar o procedimento e a sua finalidade;
- Efetuar ensino à grávida sobre as precauções a ter para não exteriorizar o dispositivo, quando for ao WC (limpar com suavidade, verificar a existência do “fio”);
- Monitorização da cardiotocografia durante 2 horas, de preferência em decúbito lateral esquerdo;
 - Se não tem contrações, pode deambular e alimentar-se e monitorizar uma vez turno e sempre que manifestar queixas;
 - Se houver dinâmica uterina e/ou queixas, prolongar cardiotocografia;
 - Se necessário, efetuar toque vaginal;
 - Avaliação da dor (expressões faciais, palpação uterina...);
 - Proporcionar medidas para controlo da dor: posicionamento adequado e confortável; elucidar respiração adequada à fase de trabalho de parto (tipo I); administração de terapêutica segundo protocolo médico.
 - Se verificado trabalho de parto ativo, é transferida para a sala de partos.

- Avaliar os cuidados prestados;
- Registrar todos os cuidados e respostas da utente às intervenções.

GRÁVIDA COM HIPERTENSÃO GESTACIONAL

A hipertensão gestacional é o aparecimento de hipertensão sem proteinúria após as 20 semanas de gravidez; trata-se de um termo não específico que substitui o termo *hipertensão induzida pela gravidez*. A hipertensão crónica e a hipertensão gestacional podem ocorrer independente ou simultaneamente. O diagnóstico e a diferenciação entre hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia são feitos no período pós-parto. Se a mulher não desenvolveu pré-eclâmpsia e a sua tensão arterial volta a valores normais cerca de 12 semanas após o parto, é diagnosticada hipertensão transitória. Se os valores de tensão arterial permanecerem elevados, então o diagnóstico é de hipertensão crónica (Lowdermilk, 2008).

Descrição das atividades desenvolvidas:

- Avaliação da tensão arterial:
 - Grávida deverá efetuar período de repouso de 5 min. antes da avaliação;
 - Promover/incentivar técnicas de relaxamento;
 - Esfigmomanómetro manual, de preferência, com braçadeira de tamanho adequado;
 - Grávida sentada/deitada, utilizar sempre o mesmo braço, que deve estar apoiado ao nível do coração;
- Avaliação do edema (distribuição, grau, depressão);
- Avaliação do peso, em dias alternados;
- Avaliação da proteinúria diária;

- Avaliação do bem-estar fetal, em função da gravidade e progressão da hipertensão arterial;
- Proporcionar conforto e repouso;
- Efetuar ensino à grávida sobre:
 - Alimentação;
 - Exercício físico;
 - Efeitos da hipertensão na gravidez (parto pré-termo, restrição do crescimento fetal, morte fetal e perinatal, descolamento da placenta);
- Preparação para a alta/ensinos à grávida e família sobre o possível aparecimento de sinais e sintomas como:
 - Edemas (e possíveis localizações dos mesmos);
 - Perturbações visuais;
 - Dispneia;
 - Oligúria;
 - Cefaleias;
 - Náuseas, vômitos e Epigastralgia;
 - Alterações do nível de consciência;
- Aconselhamento no sentido de restringir atividades que exijam muito esforço e promover o repouso;
- Avaliar os cuidados prestados;
- Registrar todos os cuidados e respostas da utente às intervenções.

GRÁVIDA COM METRORRAGIAS

A metrorragia é uma hemorragia genital, com origem uterina, que ocorre fora do período menstrual.

A hemorragia na gravidez pode colocar em perigo tanto o bem-estar materno como o fetal e é a segunda causa de morte relacionada com a gravidez

(Chang *et al.*, 2003 *in* Lowdermilk, 2008). A rutura da gravidez ectópica e o *abruptio placentae* são responsáveis pela maioria das mortes maternas. A perda de sangue materna diminui a capacidade de transporte de oxigénio o que predispõe a mulher a um maior risco de hipovolémia, anemia, infeção, trabalho de parto e parto pré-termo e efeitos adversos da oxigenação fetal. Os riscos fetais advindos da hemorragia materna incluem perda de sangue, anemia, hipoxemia, hipoxia, anoxia e parto pré-termo. As doenças hemorrágicas da gravidez são emergências médicas. A incidência e o tipo de hemorragia variam consoante o trimestre. No primeiro trimestre, a maior parte deve-se a aborto e gravidez ectópica. Aproximadamente 50% das hemorragias no terceiro trimestre são causadas por placenta prévia e por *abruptio placentae* (Lowdermilk, 2008)

Descrição das atividades desenvolvidas:

- Avaliação do estado emocional e geral da grávida;
- Avaliação da perda hemática (quantidade e cor);
- Repouso absoluto no leito;
- Prestação de cuidados de higiene perineais, sempre que necessário;
- Avaliação do bem-estar fetal em função da gravidade e progressão da hemorragia;
- Proporcionar medidas de conforto e repouso;
- Ensinar técnicas de relaxamento;
- Incentivar mobilização ativa/ passiva dos membros inferiores;
- Mostrar interesse e disponibilidade;
- Avaliar os cuidados prestados;
- Registrar todos os cuidados e respostas da utente às intervenções.

GRÁVIDA COM AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO

Descrição das atividades desenvolvidas:

- Avaliação do estado físico e emocional da grávida;
- Realização de exame físico;
- Avaliação dos sinais vitais;
- Repouso no leito;
- Avaliação da tonicidade uterina através de palpação, sempre que necessário;
- Monitorização com cardiotografia;
- Valorização das queixas da utente (algias lombares ou pélvicas, peso pélvico, algias abdominais, alteração do fluxo vaginal, se existente, ou rotura prematura de membranas e contrações uterinas);
- Avaliação tocológica (queixas álgicas sugestivas de contrações uterinas e em ausência de dinâmica uterina na cardiotografia);
- Administrar medicação prescrita (tocolítico);
- Vigiar o possível aparecimento de efeitos secundários mais frequentes do tocolítico utilizado (náuseas e vômitos, cefaleias, tonturas, afrontamento, taquicardia, hipotensão, hiperglicemia, entre outros);
- Avaliar a eficácia dos cuidados prestados e registar.

GRÁVIDA COM GRAVIDEZ ECTÓPICA

Uma gravidez ectópica é aquela em que o ovo ou óvulo fertilizado se implanta fora da cavidade uterina. Aproximadamente 95% a 97% das gravidezes ectópicas ocorrem numa das trompas de Falópio, mais frequentemente a nível da ampola (75% a 80%). Outros locais de implantação incluem a cavidade abdominal (3% a 4%) e o ovário (0.5%) (Gilbert & Harmon, 2003 *in* Lowdermilk, 2008).

Descrição das atividades desenvolvidas:

- Avaliação da utente;
- Avaliação dos sinais vitais;
- Vigilância de sinais /sintomas como:
 - Dor (tipo, local e quadrante);
 - Irritação peritoneal;
 - Hemorragia vaginal (quantidade e cor);
 - Aparecimento de sinal de *Cullen* (ao fazer pressão a nível do umbigo, esta área fica azul);
- Vigiar potenciais sinais de choque hipovolémico;
- Realizar exame ginecológico;
- Efetuados cuidados pré operatórios (nomeadamente tricotomia, banho, administração de soroterapia, verificação de chek list etc...) a utente para ser submetida a salpingectomia;

GRÁVIDA COM SUSPEITA DE MOLA HIDATIFORME

A mola hidatiforme é uma desordem que surge do trofoblasto placentário e pode ser categorizada em completa ou parcial (Lowdermilk, 2008).

A mola completa resulta da fertilização de um ovo cujo núcleo se perdeu ou ficou inativo. O núcleo de um espermatozoide (23, X) duplica-se (resultando

no número diploide 46, XXA) porque o óvulo não possui material genético ou este está inativo. A mola é semelhante a um cacho de uvas brancas. As vesículas cheias de líquido crescem rapidamente fazendo com que o útero tenha um tamanho superior ao esperado para a idade gestacional. Habitualmente a mola completa não contém feto, placenta, membranas ou líquido amniótico. O sangue materno não encontra uma placenta para o receber e por isso ocorre hemorragia para a cavidade uterina e vaginal (Cunningham *et al.*, 2005 *in* Lowdermilk, 2008).

Uma mola parcial ocorre em resultado de dois espermatozoides fertilizando um óvulo aparentemente normal. As molas parciais possuem partes embrionárias ou fetais e um saco amniótico. Geralmente existem anomalias congénitas (Cunningham *et al.*, 2005 *in* Lowdermilk, 2008).

Atividades desenvolvidas:

- Prestados cuidados pré-operatórios a utente para ser submetida a um esvaziamento uterino por aspiração.

3.1.2 Trabalho de parto

- **Prestação de cuidados de enfermagem à parturiente durante o trabalho de parto**

A grande afluência de utentes ao Serviço contribuiu para enriquecer a quantidade e diversidade de experiências vivenciadas durante o estágio. Nesse âmbito, foram prestados cuidados a grávidas em contexto de Indução do Trabalho de Parto (ITP), em fase latente e em fase ativa de Trabalho de Parto (TP).

Quando a parturiente fica internada, vivencia vários sentimentos, como o medo, a ansiedade, a tristeza e se está em trabalho de parto, também a dor. Por isso, neste período é fundamental avaliar as necessidades da utente e criar estratégias que lhe proporcionassem segurança e bem-estar. Realizar educação para a saúde, esclarecer dúvidas e mitos, dar informação,

proporcionar acompanhamento, aconselhamento e o alívio da dor foram sempre preocupação da intervenção. Atendendo a que a gravidez, o TP e o parto são vivenciados de diversas formas, fruto da influência sociocultural dos grupos e das particularidades de cada sujeito, foram observados comportamentos, atitudes e condutas variados, que a EESMO estagiária respeitou, evitando tecer juízos de valor.

A vigilância do bem-estar materno-fetal foi realizada, tendo em conta os conhecimentos adquiridos, as normas e protocolos do serviço, a prescrição médica e a opinião da enfermeira orientadora. A classe médica, de forma geral, foi colaborante, contribuindo para a plena integração da EESMO estagiária na equipa.

A avaliação do bem-estar fetal é avaliada através da monitorização contínua da FCF através da cardiotocografia (CTG). Este procedimento torna-se por vezes , para as utentes, muito desconfortável, dado que as privam de deambular, e por vezes de adotar uma posição mais confortável. No entanto, as vantagens da monitorização contínua são explicadas às utentes, que compreendem e, de uma forma geral, esforçam-se por colaborar.

De uma forma geral, todas as atividades programadas foram realizadas, exceto a monitorização intermitente da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) através do

Foram ainda realizadas outras atividades, das quais se salienta o apoio ao anestesista na realização da epidural.

– Prestação de cuidados de enfermagem à parturiente durante o parto

Foram realizados 41 partos eutócicos e 11 partos participados. O facto de por vezes efetuar um horário de 12h (turno da manhã e tarde), revelou-se um fator muito positivo , pois proporcionou prestar cuidados contínuos à mulher durante todos os estádios de TP.

Foram realizados alguns partos em que não houve necessidade de efetuar episiotomia, mas a maioria foram com episiotomia.

Ocorreu ainda uma situação de circular apertada em que realizou laqueação prévia e outras circulares largas, que foram desfeitas facilmente.

Teve uma situação de distócia de ombros, resolvida com a manobra de McRoberts, tendo a colaboração da enfermeira tutora, bem como outra enfermeira do serviço.

Algumas vezes, poucas, em situações de má colaboração materna, foi realizada a manobra de Kristeller no sentido de evitar um parto distócico, embora esta seja bastante controversa a sua realização, continua a ser um manobra à qual se recorre com alguma frequência na sala de partos, esta consiste em imprimir força sobre o fundo uterino, no período expulsivo, para empurrar o feto. Esta manobra apresenta os seus riscos, dos quais se salienta a rotura uterina, a dor e desconforto provocados à mulher. No entanto, por vezes é mesmo necessária, estando descrita por alguns autores como uma manobra muito útil, evitando a realização de um parto distócico.

Verificou-se que o acompanhante, durante este período, ficava assustado e muito nervoso, não sabendo o que fazer para ajudar. Foi sua função tranquilizá-lo, fornecendo informações sobre a evolução do parto e orientando a sua conduta para se sentir mais útil e integrado. Alguns pais, que acompanhavam a grávida durante o TP, neste período, alegavam não ter coragem para assistir. Após serem motivados e esclarecidos, acabavam por ficar, acabando por gostar muito da experiência. Segundo Santo, Lilian *“O pai vai encontrando o seu lugar junto à mulher e o filho que está por nascer. Ele passa a perceber como um dos atores principais do evento necessário para que tudo aconteça da melhor maneira possível.”*

Todas as atividades programadas foram realizadas, tendo sido fundamental todo o apoio prestado pela equipa de enfermagem, alertando para as competências a melhorar e assim sustentando uma progressão profissional da EESMO em formação.

– Prestação de cuidados de enfermagem à mulher durante o terceiro estágio de trabalho de parto

O período de dequitação constitui, de modo geral, um período curto, espontâneo, mas de elevado risco, nomeadamente hemorrágico. Foram

prestados cuidados de enfermagem a todas as utentes a quem realizou o parto, o que permitiu que usufruísse do contato direto com a realidade o que lhe permitiu formação e aquisição de competências. Consciente dos riscos de forçar um dequite, realizou sempre as manobras de Krustner e de Ferb e aguardou sempre o descolamento, observando os sinais do mesmo. A realização do exame cuidadoso da placenta, membranas e cordão umbilical foi sempre efetuada com o objetivo de eventual deteção de anomalias.

Com grande frequência, o dequite deu-se sem ocorrências, em média, após dez a quinze minutos. Em duas situações ocorreram dequitadura do tipo Duncan, são as que ocorrem com menos frequência, e as que poderão causar um maior risco de hemorragia, são de separação lateral e onde a expulsão se dá pela face materna. As restantes foram do tipo Schultze, estas são as que ocorrem com maior frequência e em que a principal característica é a expulsão pela face fetal, onde existe menor risco de hemorragia.

Os registos sempre foram muito valorizados tanto a nível pessoal e profissional pelo rigor das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso académico. Essencialmente o preenchimento correto do partograma, com os dados que lá constam e com outras ocorrências verificadas, nomeadamente alterações detetadas a que se solicitou a presença do obstetra. Em notas eram registadas todas as atividades de enfermagem realizadas às utentes, com o máximo rigor visto que nesta instituição hospitalar existem auditorias frequentes e periódicas aos processos clínicos. Enquanto aguardava o dequite, realizava outras atividades, como prestar os cuidados imediatos ao RN (na mesma sala), registos e preparar o material para a realização da episiorrafia, mas sempre atenta ao bem-estar materno e sinais de descolamento. A realização simultânea das atividades não foi considerada incompatível, mas sim importante para contribuir para desenvolver a destreza, tão relevante para quem exerce funções na sala de partos, já que nem sempre tem apoio de outro elemento. A equipa de enfermagem sempre prestou orientação nesse sentido, tendo sido valorizadas a agilidade e autossuficiência desenvolvidas durante o estágio.

– **Prestação de cuidados de enfermagem à mulher durante o quarto estágio de trabalho de parto**

O quarto estágio é designado por período de hemostase, decorre nas duas horas após a expulsão da placenta, período em que o corpo uterino se retrai devido à compressão dos vasos sanguíneos do miométrio, encontrando-se o fundo uterino a meia distância entre o umbigo e a sínfise púbica (Lowdermilk & Jensen, 1999).

Sendo este um período de grande risco para a utente, requer uma vigilância eficiente do bem-estar materno, motivo que justifica a sua permanência na sala de partos. Durante este período mantém-se a perfusão de ocitocina e realiza-se episiorrafia, se for o caso.

Durante este período, não ocorreram complicações com as utentes a quem a EESMO estagiária prestou cuidados. Ocorreram algumas pequenas lacerações, que facilmente foram corrigidas e houve uma situação em que foi observado um sangramento abundante, detetando-se com a revisão uterina, laceração do colo, sendo esta episiorrafia realizada pelo obstetra após ser alertado. Numa outra situação, ocorreu hemorragia abundante após o dequite, tendo por causa atonia uterina. A massagem uterina e a administração endovenosa direta de ocitocina resolveram o problema.

Após a realização da episiorrafia, a estagiária verifica existência de Globo de Segurança de Pinard, a ocorrência de perda hemática vaginal e a mudança de roupa e posicionava a utente para a posição de litotomia, onde após era incentivada a amamentação e realizada educação para a saúde, considerada pertinente na altura. É avaliado o seu bem-estar com frequência e duas horas após o parto, faz-se nova avaliação da consistência uterina, perda hemática e estado do períneo, para providenciar a transferência para o internamento. Se fosse detetada qualquer complicação, a utente permanecia no serviço até estabilizar.

Foram realizadas todas as atividades programadas inicialmente, não tendo sido sentido nenhum constrangimento ou dificuldade de maior na execução das mesmas.

– Prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido

A funcionalidade de toda a unidade do Recém- Nascido (RC) é fundamental para a qualidade e eficácia dos cuidados prestados, pelo que sempre foi preocupação da EESMO estagiária preparar antecipadamente todo o material necessário e verificar a sua funcionalidade.

Foram prestados cuidados imediatos a 52 RN, a maioria dos quais de partos realizados pela EESMO estagiária. Quase todos nasceram bem, com o índice de Apgar mais baixo ao primeiro minuto de seis, pelo que foram prestados apenas cuidados imediatos de rotina. Apenas a um RN, nascido por parto distócico – ventosa, foi atribuído um índice de Apgar ao primeiro minuto de seis, havendo assim necessidade de reanimação Neonatal nomeadamente com ambu, após estas manobras, a estimulação tátil, a administração de oxigénio reverteram a situação. A presença do Neonatologista nos partos distócicos é uma rotina do serviço, no entanto, neste caso, quando este chegou o RN já se encontrava bem.

Existem protocolos no serviço para prestar cuidados aos RN nas situações: de baixo peso, macrossómicos e filhos de mãe diabética. Estas atividades foram realizadas pela EESMO estagiária sem dificuldade, de acordo com a orientação constante dos mesmos protocolos.

A mesa de cuidados imediatos ao RN, na opinião da EESMO estagiária, é apenas prática para a prestação desses mesmos cuidados, como o nome diz. Quando há necessidade de realizar manobras de reanimação, não é considerada funcional nem prática. Considera que a sala não possui condições de “privacidade” para a realização destas manobras, já que o RN está muito exposto, nomeadamente aos pais, o que lhes aumenta e muito a angústia e sofrimento. O serviço já possui uma sala para este efeito, com uma mesa de reanimação adequada e todas as restantes condições, para onde são levados os RN que requerem maior vigilância.

A experiência e os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio contribuíram para que não fosse sentida qualquer dificuldade na execução das atividades previstas para este período.

– **Prestação de cuidados de enfermagem à mulher em situações de urgência**

A Sala de Partos foi o local de privilégio em todo este segundo ano ficando apenas duas vezes destacada no serviço de urgência e admissão, quando não existiam utentes na sala de partos pelo que não teve muitas experiências neste campo. No entanto, ficou acordado com a equipa, sempre que surgissem situações importantes para a sua formação era alertada e dirigia-se a este espaço.

A função da enfermeira nesta área é realizar a triagem e colaborar com o médico na observação e realização de exames e prestar os cuidados de enfermagem de acordo com a situação. Os registos eram efetuados na ficha de urgência num local destinado à enfermagem. Estas funções foram desempenhadas embora em pequeno número.

No entanto recorreram ao SU:

Grávidas em falso trabalho de parto. Após a confirmação de diagnóstico, avaliação do bem-estar fetal, através da realização de CTG e posteriormente efetuados respetivos ensinamentos de educação para a saúde sobre os verdadeiros sinais de TP.

Grávidas em ITP, TP ou RPM, que ficaram internadas. Colaborou com o médico na realização de exame ginecológico. Avaliação dos sinais vitais e colaboração na colheita de dados. A tricotomia não é efetuada no SU, em geral deve ser efetuada o mais próximo possível da intervenção cirúrgica diminuindo os riscos de infeção. A realização da tricotomia deve ser efetuada apenas no período expulsivo uma vez que é uma atividade que se realiza em muito pouco tempo. Não são raras as situações em que surgem complicações e a utente tem que ser submetida a cesariana, tornando-se a tricotomia parcial desnecessária.

Nas situações em que se prevê o internamento a realização de CTG é efetuada apenas no bloco de partos. Na admissão faz-se a audição dos ruídos cardíacos fetais do doppler.

Após a realização do internamento estas grávidas eram encaminhadas para o bloco de partos e entregues à enfermeira responsável de turno que lhe atribui uma cama, nas expectantes ou bloco de partos de acordo com a fase

de TP. Deu informação sobre algumas normas do serviço do seu interesse dos quais salienta a presença do acompanhante e os procedimentos habituais.

3.1.3 Pós-parto

Durante este período de estágio, a oportunidade de cuidar de 144 puérperas e 131 recém-nascidos. Relativamente às puérperas:

- 87 Eram puérperas normais;
- 57 Eram puérperas de risco.

A classificação de puerpério de risco é estabelecida no Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e fundamenta-se no tipo de parto (eutócico/distócico) e/ou presença de patologias associadas ou decorrentes do parto.

As patologias observadas durante este estágio integraram:

- Diabetes gestacional;
- Hipertensão gestacional e/ou crónica;
- Pré-eclâmpsia;
- Puérperas com VDRL+, estreptococos B positivo;
- Puérperas com patologia cardíaca e hematológica;
- Puérperas com condilomatose perineal (HPV).

Relativamente aos RN:

- 131 Recém-nascidos foram considerados normais;
- 1 Recém-nascido foi considerado de risco (por prematuridade).

ADMISSÃO DA PUÉRPERA E RN NA UNIDADE DE PUERPERIO

As puérperas e RN admitidos nesta unidade são provenientes do Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia – bloco de partos. Também pode acontecer, no caso dos RN, estes serem transferidos da Neonatologia.

Ao receber a puérpera no serviço, o enfermeiro consulta o processo da utente e verifica se é uma puérpera normal ou de risco.

Caso se trate de uma puérpera normal, o enfermeiro avalia-a, presta-lhe todos os cuidados de enfermagem necessários e propõem-na para visita médica, se achar que existem razões para isso, caso contrário, a puérpera é observada pelo médico no dia da alta. Consideram-se puérperas normais, todas as mulheres que realizaram partos eutócicos e distócicos auxiliados por ventosa.

As puérperas de risco integram casos de cesarianas, lacerações perineais de segundo e terceiro grau, bem como as puérperas com antecedentes pessoais de relevo. Nestas situações, as puérperas são observadas diariamente pelo médico.

A puérpera e RN são encaminhados para o setor de puerpério, acompanhados pela enfermeira do Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, esta tem a responsabilidade da transmissão de informação da puérpera e RN à enfermeira que fica responsável pela continuidade da prestação de cuidados.

NO INTERNAMENTO DO PUERPÉRIO

Admissão da puérpera no serviço:

- Apresentação à puérpera;
- Identificação da puérpera, inclui a identificação da puérpera, nome pelo qual prefere ser chamada;
- Transporte da puérpera e do RN até à unidade.

Acolhimento e as primeiras horas da puérpera no serviço:

- Avaliação inicial da situação e das necessidades da puérpera:

História completa dos acontecimentos intraparto;

- Avaliação física completa, que contempla:
 - Sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura e respiração);
 - Pele e mucosas (coradas / descoradas; hidratadas / desidratadas);
 - Mamas (com ou sem colostro);
 - Mamilos (íntegros, proeminentes ou não);
 - Globo de Segurança de Pinard (se encontra formado ou não);
 - Perda hemática vaginal (suas características);
 - Local da episiorrafia e região perineal, se edema colocar gelo localmente, se hemorroides colocar tópico anti-hemorroidal localmente;
 - Penso da sutura cirúrgica (se limpo e seco), no caso das cesarianas;
 - Se tem acesso venoso periférico permeável, de forma a manter estabilidade hidro-eletrolítica;
 - Vigilância da soroterapia;
 - Presença de cateter epidural para administração de analgesia;
 - Eliminação vesical, se já urinou espontaneamente ou se está algaliada;
 - Se já amamentou o RN ou não, se não vigiar a primeira mamada no serviço;
 - Queixas álgicas;
- Avaliação do estado emocional;
- Avaliação do nível de energia da puérpera; se está desperta para poder cuidar do RN;
- O grau de desconforto físico;
- Avaliar os conhecimentos da puérpera em relação ao autocuidado e aos cuidados a ter com a criança;
- Promover a amamentação;
- Prestar cuidados de higiene e conforto, sempre que necessário;
- Orientar e vigiar o primeiro levante, tendo em conta que este deve ser feito na presença da enfermeira;

- Promoção de exercícios ativos/ passivos dos membros inferiores;
- Ingestão oral/alimentação - normalmente nos partos eutócicos/ventosa já se alimentaram na sala de partos, nas cesarianas iniciam ingestão oral seis horas após o parto;
- Informação à puérpera/família que se considera pertinente, como:
 - Horário das visitas
 - Horário das refeições;
 - Informar da existência da assistente social, secretária da unidade e serviço de capelania.

DURANTE O INTERNAMENTO

- Avaliar a progressão física como:
 - Pele e mucosas, se coradas e ou hidratadas;
 - Observação das mamas (moles ou túrgidas, presença ou não de colostro) e mamilos (protusos, semi protusos, rasos ou invertidos);
 - Observação do fundo uterino relativamente à contração e involução;
 - Características dos lóquios (cor, quantidade e cheiro);
 - Observação do períneo, para detetar a presença ou não de sinais inflamatórios;
 - Observar a presença ou não de hemorroides (fornecer gelo e pomada, se necessário);
 - Função vesical e intestinal (restabelecida ou não);
 - Observação dos membros inferiores (edema, varizes);
- Pode ser também necessário realizar testes laboratoriais de rotina, como o hemograma e ionograma, para avaliar as perdas sanguíneas durante o TP e determinar o valor da hemoglobina;
- Nos casos de gravidez não vigiada, colhe-se sangue para marcadores de HIV e hepatite, serologias de VDRL e rubéola;
- Verificar o grupo sanguíneo da mãe e RN, se necessário efetuar imunoglobulina humana anti-D, nas primeiras 72 horas pós-parto;
- Efetuar registos.

ACOLHIMENTO E AS PRIMEIRAS HORAS NO SERVIÇO DO RN

- Confirmar junto da mãe, a pulseira identificativa com o nome completo da mãe e sexo do RN, se está de acordo com o processo e também verificar o número da pulseira eletrónica;
- Observar o coto umbilical (se o clampe se encontra bem fechado);
- Preencher cartão identificativo do berço, com dados do RN (com nome completo da mãe, data e hora do parto, o peso, o perímetro cefálico, o comprimento, o tipo de parto, índice de Apgar);
- Verificar reatividade do recém-nascido a estímulos;
- Verificar a hora e tipo da mamada e competência;
- Colocar o recém-nascido à mama, promovendo a amamentação precoce;
- Observar o recém-nascido relativamente ao choro, a pele, as mucosas, anomalias e presença de reflexos (sucção, deglutição, preensão.);
- Verificar padrão de eliminação vesical e intestinal;
- Verificar se foi observado pelo Neonatologista, saber informações;
- Verificar grupo de sangue materno e confirmar se colheu sangue do cordão (para estudo de incompatibilidade ABO e Rh);
- Verificar processo clínico (se existe indicação de vigilância: de síndrome de dificuldade respiratória /gemido, cianose e/ou gemido, pesquisa de glicemia capilar, pedidos de colheitas sanguíneas).
- Promover o aquecimento;
- Aspirar secreções, se necessário;
- Colher espécimes para análise, se necessário (hemograma, ionograma, PCR, VDRL, grupo sanguíneo, bilirrubina, etc.);
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao RN;
- Antissepsia do coto umbilical, com álcool a 70º;
- Avaliar os cuidados prestados e efetuar os registos.

Foi dada continuidade aos cuidados de enfermagem mediante as necessidades manifestadas pela(o) puérpera/RN/família. De referir que todos os cuidados foram realizados pela EESMO estagiária com periodicidade diária e sempre que necessários.

Ao longo da prática clínica experimentada no período de estágio, além dos cuidados já referidos, foram efetuados os seguintes:

- Cuidados de higiene e conforto à puérpera no leito/chuveiro;
- Efetuar primeiro levante (com vigilância de potenciais complicações);
- Preparação e administração de terapêutica (analgésica, antibiótica, imunoglobulina anti D em puérpera Rh negativa com RN Rh positivo até 72 horas após o parto);
- Administração de analgesia por cateter epidural, extração do mesmo e aplicação de penso compressivo;
- Avaliação do estado psicoemocional da mulher, prestando apoio psicológico e/ou pedir colaboração de outros técnicos de saúde;
- Informar/ensinar sobre:
 - Cuidados a ter com as mamas e os mamilos, no sentido de evitar algumas complicações como fissuras/ gretas, ingurgitamento mamário;
 - Explicar a técnica da amamentação;
 - Explicar que durante a mamada podem ocorrer alguns desconfortos como algias;
 - Explicar a "subida de leite" e quais as potenciais complicações que podem ocorrer;
 - Possibilidade de estimular a lactação, mesmo quando o RN se encontra no Serviço de Neonatologia, fornecendo bomba de extração de leite;
- Vigiar/auxiliar nos cuidados ao RN, procedendo aos respetivos ensinamentos incentivando o envolvimento familiar;
- Promover a vinculação da tríade familiar;
- Avaliar involução uterina, lóquios conforme o dia de puerpério;
- Prevenir aparecimento de sinais e sintomas de potenciais complicações;
- Promover a normalização da eliminação vesical e intestinal;

- Colheita de espécimes para análise (hemograma, ionograma, grupo);
- Esclarecer dúvidas com a equipe de saúde e família;
- Garantir o cumprimento das normas e protocolos do serviço e instituição;
- Garantir o cumprimento dos direitos e deveres da puérpera;
- Preparar a puérpera/família para a alta;
- Reavaliar percepção da puérpera quanto aos ensinamentos para a alta, nomeadamente:
 - Consulta de revisão do puerpério (deve ser realizada um mês após o parto);
 - Não deve reiniciar atividade sexual antes da consulta de revisão do puerpério;
 - Necessidade de contraceção mesmo durante o período de amamentação;
 - Evolução normal do puerpério, no que respeita às características dos lóquios, pontos cirúrgicos e/ou perineais;
 - Entrega de documentos;
 - Primeiras consultas do RN (pediatra, vacinação, diagnóstico precoce, peso);
- Efetuar ensino: prevenção da infeção:
 - Manter um ambiente limpo;
 - Estar consciente da técnica da lavagem das mãos para prevenir infeções, utilizando medidas de precauções universais de segurança;
 - Ensinar a puérpera a lavar cuidadosamente as mãos antes e depois de ir ao WC, antes de amamentar e antes de tocar no RN;
 - Ensinar a puérpera a lavar-se e secar-se convenientemente no local da episiorrafia ou qualquer outra laceração do períneo, no sentido de promover a cicatrização;
 - Incentivar a mulher a mudar o penso higiénico frequentemente.
- Promover conforto, repouso, deambulação;

- Observar a localização, extensão do desconforto, a tensão corporal e movimentos de defesa da puérpera;
- Palpar as áreas, verificar a presença ou não de rubor, calor e supuração;
- Eliminar totalmente a dor ou reduzi-la para níveis toleráveis, implementando medidas farmacológicas (analgésicos) e não farmacológicas que são as de primeira linha, como:
 - Deitar-se de lado, sempre que possível, e usar almofada quando se senta ou sentar-se sobre o lado oposto ao da episiorrafia;
 - Utilizar técnicas de relaxamento como massagem banho morno, administração de medicação se necessário
 - Deambular precoce, de modo a diminuir a incidência de tromboembolismo e promover uma recuperação mais rápida.

Os cuidados de enfermagem prestados ao RN incluíram:

- Cuidados de higiene e conforto, na presença da mãe e, se possível, dos pais;
- Esclarecimento durante os cuidados sobre:
 - Banho (no serviço preconiza-se que o banho de imersão deve ser feito diariamente até a queda do cordão umbilical);
 - Desinfecção do coto umbilical com álcool a 70º;
 - Limpeza ocular (limpar com compressa esterilizada e soro fisiológico);
- Colheita de sangue para hemograma, proteína C reativa, bilirrubinas totais;
- Realizar diagnósticos precoces (são efetuados após as 72 horas de vida);
- Pesquisa de glicemia capilar segundo prescrição ou sempre que necessário;
- Ensino à mãe para o RN eructar após as mamadas;

- Ensino à mãe relativamente ao posicionamento antes e após as mamadas;
 - Aspiração de secreções;
 - Preparação e administração de terapêutica, no caso de prescrição médica;
 - Promover a criação do vínculo pais /RN, estimulando os pais ao contacto físico e à colaboração nos seus cuidados;
 - Quando o RN efetua fototerapia em bilibed junto da mãe, fazer ensino dos cuidados a ter em relação ao posicionamento, mamadas, reforço de mamadas e outros pontos considerados relevantes;
 - Vacinar o RN conforme prescrição e Plano Nacional de Vacinação;
 - Efetuar respetivos registos de enfermagem;
 - Reavaliar a perceção da puérpera quanto aos ensinamentos para a alta, em relação ao RN, nomeadamente:
 - Falar da importância da realização do diagnóstico precoce (3º a 6º dia);
 - Registrar o bebé no centro de saúde/médico de família;
 - Falar da necessidade de marcar uma consulta nos primeiros 15 dias de vida;
 - Pesar o bebé semanalmente enquanto se alimentar só ao seio materno;
- Reforçar a importância dos cuidados de higiene, alimentação, hidratação.

4. INTERVENÇÃO DO EESMO NA DETECÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

4.1 INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA

Atualmente, a depressão ocupa a quinta posição na lista de causas de morbidade, entre todas as doenças no mundo, de acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Se as tendências atuais da evolução demográfica e epidemiológica se mantiverem, a depressão passará a ocupar o segundo lugar nesta lista no ano de 2020. Na faixa etária dos 15 aos 44 anos, a depressão já configura como a segunda causa de morbidade e, ao classificarmos os episódios depressivos por género, encontra-se a prevalência pontual de 1,9% nos homens e 3,2% nas mulheres (OMS, 2001). Sobre a maior prevalência de depressão na população feminina, residem explicações genéticas e biológicas, amplamente reconhecidas e comprovadas, como as variações de estado de ânimo durante o ciclo menstrual e o puerpério, as quais são associadas às mudanças hormonais que ocorrem nestes períodos. A isso somam os dados sobre a maior prevalência de depressão entre os 15 e os 44 anos, período que engloba os anos de fecundidade da mulher (OMS, 2001).

A gravidez e o período de puerpério representam uma grande transição na vida da mulher com importantes mudanças e desafios. A distinção entre uma resposta natural a essa transição e uma doença que necessita de tratamento pode ser difícil de detetar, tanto para a recente mãe, quanto para as pessoas que a rodeiam. Para muitas mulheres, este é o período de maior angústia e vulnerabilidade psicológica, tornando-se perceptível através de um amplo espectro de reações com consequências, quer no seu bem-estar, quer na ligação que estabelecem com toda a família.

O nascimento de um bebé tem sido associado a situações de *stress* em algumas famílias, diante das mudanças nas rotinas diárias relativas à

gravidez, ao parto e ao pós-parto. A ocorrência de depressão materna, após o nascimento de um bebê, de acordo com Sotto-Mayor & Piccinini (2005), pode ser preocupante tanto para a mãe e para a criança, como também para a família uma vez que esse período tem sido enfatizado como propício ao aparecimento de problemas emocionais nas mães, destacando-se os transtornos psicoafectivos.

A relação entre o período do pós-parto e as perturbações psiquiátricas foi reconhecida há cerca de 2000 anos atrás. Curiosamente, a primeira descrição de um caso de perturbação mental no pós-parto foi feita no século XVI por um médico português, João Rodrigues de Castelo Branco, que na altura exercia em Roma (“... *de uma mulher que ao dar à luz se tornava melancólica e louca.*”) (Brockington, 1996, p.166).

Desde os escritos de Hipócrates (400 A.C) que se tem explorado a relação temporal entre o nascimento e as perturbações mentais. Apesar da etiologia precisa continuar por esclarecer, os dados epidemiológicos continuam a apontar os anos reprodutivos (*childbearing ages*) como uma altura de vulnerabilidade aumentada para as mulheres desenvolverem perturbações do humor (Weissman & Olfson, 1995).

De acordo com Zanotti *et al.* (2003) na fase puerperal, a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de perturbações mentais em relação a outras fases da vida, uma vez que as suas defesas, tanto físicas como psicossociais, são direcionadas para a proteção e vulnerabilidade do bebé.

Encontrando-se o puerpério bem estabelecido como um tempo de risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos do estado de espírito, uma crescente atenção tem vindo a ser dada à panóplia de fatores de risco para os transtornos psiquiátricos nessa fase da vida, a fim de se realizarem diagnóstico e tratamento o mais precocemente possível.

Uma depressão, tratando-se muitas vezes de um transtorno incapacitante, torna-se especialmente problemática para uma recente mãe que tem de cuidar de uma criança pequena, para além de gerir as suas responsabilidades normais, que podem incluir cuidar de outros filhos e trabalhar fora de casa (O’Hara & McCabe, 2013).

A depressão pós-parto refere-se a um episódio depressivo sem sintomas psicóticos que se inicia e estende ao longo do período do pós-parto (Cooper & Murray, 1997), afeta seriamente a mãe, o bebé e a dinâmica familiar, podendo a mãe torna-se incapaz de reconhecer e responder às exigências do seu filho, com prejuízo para a relação mãe-bebé (Beck, 1998).

Estima-se que a prevalência de depressão pós-parto em Portugal seja de 12.4% na semana que se segue ao parto e 13.7% nos três meses seguintes. Vários fatores de risco têm sido investigados com resultados contraditórios que se devem provavelmente à natureza complexa e multifatorial da perturbação (Sousa, 2012).

Os profissionais de enfermagem estão estrategicamente posicionados para proporcionar orientação antecipatória, para avaliar a saúde mental das mães, oferecer intervenções terapêuticas e para referenciar quando necessário (Lowdermilk & Perry, 2006).

Segundo o Regulamento das Competências específicas do EESMO da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010b), o EESMO assume a responsabilidade pelo exercício em várias áreas de intervenção entre as quais a gravidez, na assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o período pré-natal; durante o trabalho de parto e no puerpério. Neste último, o EESMO deverá assegurar a prestação de cuidados especializados à mulher inserida e família, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Também neste período, o EESMO pode detetar a existência de fatores de risco para a DPP, sinais e/ou sintomas da mesma patologia. Nessa altura, a sua intervenção poderá ser decisiva para uma puérpera com predisposição depressiva.

4.2 METODOLOGIA

O presente trabalho constitui um estudo de abordagem qualitativa, tendo como método uma revisão integrativa de literatura relativa à intervenção do EESMO na deteção da DPP.

A revisão integrativa é um método de análise que resume a literatura

empírica ou teórica existente, fornecendo o conhecimento sobre a evidência mais abrangente e atual de um determinado fenómeno ou problema de saúde (Broome, 1993 *cit. por* Wittmore & Knafl, 2005).

A revisão integrativa de literatura permite a inclusão de metodologias diversificadas e tem potencial para desempenhar um papel importante na prática baseada em evidências para a enfermagem (Wittmore & Knafl, 2005).

A prática baseada na evidência, afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira *et al.*, 2012). Na perspetiva apontada por Rafael em 2000, referida por DiCenso e seus colaboradores (2005), estabelecer uma enfermagem baseada na evidência e não numa qualquer tradição é, por um lado, necessário para ir ao encontro da obrigação e responsabilidade social da profissão, mas por outro lado, mantém e aumenta a credibilidade entre as outras disciplinas da saúde e através da construção de uma enfermagem baseada no conhecimento, influencia as políticas de saúde.

No geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional (Mendes *et al.*, 2008).

A questão que norteou a revisão integrativa apresentada neste estudo foi:

Qual a intervenção do EESMO na deteção precoce da DPP?

A pesquisa bibliográfica empreendida resultou de uma consulta documental que integrou artigos científicos, teses e dissertações, acedidos a partir da base de dados como *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *NICE* e a *Academic Search Complete*. Foram utilizados como descritores palavras como: *depressão pós-parto*; *Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*; *prevenção*; *fatores de risco*; *prevalência*; *diagnóstico*; *rastreio*; *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo*; bem como as suas combinações, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Para complementar a compreensão da temática foram ainda consultados alguns livros.

Quanto aos critérios de inclusão de estudos, foram considerados artigos que abordam a temática em estudo, em formato de texto integral (*full text*) disponíveis para análise. A decisão da inclusão de artigos publicados entre 2000 e 2013 ficou a dever-se à dificuldade em encontrar estudos recentes de conteúdo relevante para a abordagem da temática selecionada. Assim sendo, foram incluídos artigos que definem, caracterizam e explanam a DPP enquanto relevante psicopatologia que afeta as mulheres em período particularmente lábil, bem como artigos que remetem para a importância da intervenção do EESMO, quer no apoio, aconselhamento e encaminhamento, no âmbito da deteção da DPP. Os artigos excluídos foram aqueles que não reuniam os critérios de inclusão anteriormente mencionados.

No âmbito da categorização dos estudos considerados e na definição das informações extraídas dos mesmos, foram reunidas e sintetizadas as informações-chave de cada estudo considerado.

Ao longo da revisão procurou estabelecer-se uma avaliação dos estudos incluídos, nomeadamente através de momentos de análise crítica, em que se procuraram explicações para os resultados dos diferentes estudos, sem contudo terem sido realizadas análises estatísticas.

Na interpretação dos resultados, promoveu-se uma comparação entre a avaliação crítica dos estudos incluídos e o conhecimento teórico, conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

Como última etapa da revisão integrativa apresentam-se as conclusões.

4.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

4.3.1 Conceitos de *Blues*, DPP e Psicose Puerperal

Os transtornos puerperais são caracteristicamente classificados em três categorias: *blues* puerperais, depressão pós-parto (DPP) e psicose pós-parto (Chaudron & Pies, 2003; Doucet *et al.*, 2009). Os transtornos de humor no pós-parto são sérias condições de saúde mental que afetam

negativamente muitas mulheres de diversas culturas. Os termos PPD e psicose pós-parto são frequentemente usados como sinónimos, o que poderá acarretar diversas implicações clínicas e de investigação, incluindo diagnósticos e regimes de tratamento inadequados (Doucet *et al.*, 2009).

Face ao exposto, torna-se pertinente a clarificação dos três conceitos em apreço, bem como a caracterização do quadro específico de que cada um se faz acompanhar.

De acordo com Beck (2006), os *blues* podem ser uma reação normal às mudanças fisiológicas dramáticas que ocorrem após o parto. Os sintomas, que podem começar nos primeiros dias após o parto, com pico no quinto dia, podendo durarem até 10 dias; incluem choro, irritabilidade, fadiga, ansiedade e labilidade emocional. Os *Blues* requerem apoio e confiança mas nenhum tratamento (Beck, 2006).

Se os sintomas persistirem mais do que 10 dias, a paciente deve ser avaliada, podendo tratar-se de um sinal de DPP emergente, sendo que, neste caso, os profissionais de saúde dos cuidados primários desempenham um papel importante no reconhecimento de reações eventualmente severas e prolongadas de *Blues* (Beck, 2006; Wickberg & Hwang, 2003 *cit por* Glavin, 2012).

Klaus e seus colaboradores (2000) referem que a incidência dos *blues* é de 80 a 90%, tendo porém, remissão espontânea. De acordo com a *American Psychiatry Association* (APA) (2000), é fundamental a distinção entre o episódio de humor pós-parto e a “tristeza pós-parto”, que afeta até 70% das mulheres nos 10 dias após o parto, é transitória e não prejudicial.

Na literatura, DPP é frequentemente definida como um episódio depressivo *major* (mas por vezes inclui também episódio depressivo *minor*) que ocorre no período pós-parto (O'Hara & McCabe, 2013), provocando alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas que se iniciam de maneira insidiosa (Zanotti *et al.*, 2003).

Os primeiros sintomas de DPP podem ser de difícil distinção dos sintomas dos *blues*, sendo necessário um acompanhamento cuidadoso (Beck, 2006).

Esta doença manifesta-se com um quadro clínico específico e traz grandes prejuízos ao bebê, à mãe, à família e ao vínculo entre eles. Instala-se geralmente em primíparas que interiorizam o sentimento de incapacidade de cuidar do filho, especialmente aquelas que não estão inseridas num núcleo familiar estável ou que tiveram uma gravidez complicada. Pode ocorrer após um aborto ou em casos de nados-mortos (Silva & Botti, 2005).

Entre os principais sintomas que identificam um quadro de DPP podem citar-se a irritabilidade com o choro da criança, a falta de estímulo para amamentar, o desinteresse sexual, a transferência de responsabilidade da criança e, em casos mais extremos, negligência total no cuidar e agressão física. Estes sintomas, entre outros, caracterizam os quadros de depressão leve a moderada, sendo que, seja qual for a intensidade do quadro, o bebê é o principal afetado pela desordem emocional materna. Pode afirmar-se também que as crianças de mães deprimidas apresentam maior risco para terem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais (Schermann & Brum, 2006).

Os sinais e sintomas de depressão perinatal são pouco diferentes daqueles característicos do transtorno depressivo *major* não psicótico que se desenvolvem em mulheres noutras alturas da vida. As pacientes apresentam-se com humor deprimido, choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades habituais, sentimentos de culpa e capacidade de concentração prejudicada. Sintomas neurovegetativos, incluindo insónia e perda do apetite, são descritos com frequência. Contudo, alguns sintomas somáticos podem ser confundidos com situações normais desse período. Assim, sintomas como hipersónia, aumento de apetite, fadigabilidade fácil, diminuição do desejo sexual, queixas de dor e desconfortos em diferentes sistemas são de pouca utilidade para o diagnóstico de depressão nessa fase (Camacho *et al.*, 2006).

Na DPP podem ocorrer perversões alimentares (por vezes sobremesas doces), apetite excessivo e aumento de peso. As novas mães referem um aumento da necessidade de dormir (dormindo profundamente mas acordando, instantaneamente, ao menor ruído do bebê) e uma incapacidade de voltar a adormecer depois de amamentar o filho (Lowdermilk & Perry, 2008).

Uma característica definidora da DPP é a irritabilidade cujos episódios podem desencadear-se bruscamente, à menor provocação, e evoluir para explosões violentas ou dissolver-se em choros descontrolados. Muitas dessas explosões são contra as pessoas significativas (“Ele nunca me ajuda”) ou contra o bebê (“Ele está sempre a chorar e eu sinto vontade de lhe bater”). As mulheres com episódios depressivos significativos no puerpério, geralmente, têm ansiedade intensa, crises de pânico e choros espontâneos que se prolongam muito para além da duração normal dos *blues* (Lowdermilk & Perry, 2008).

Uma característica proeminente da DPP é a rejeição do bebê, muitas vezes provocada por ciúmes anormais (APA, 2000). A mulher pode estar obcecada com o facto de o filho poder ocupar o espaço que era seu no afeto do companheiro. As atitudes em relação ao bebê podem ser de desinteresse, contrariedade face à sua necessidade de cuidados e sentimentos de culpa pela sua falta de instinto maternal. Quando observada pode parecer desastrada no modo como reage com o bebê. Os pensamentos obsessivos sobre a possibilidade de causar dano ao filho são-lhe extremamente assustadores. Embora raramente os partilhe, quando o faz, os outros membros da família ficam muito assustados (Lowdermilk & Perry, 2008).

A DPP frequentemente não é detetada (Stewart et al., 2003; Gaynes, 2005; Beck, 2006; Dennis, 2009) e, uma vez não diagnosticada, pode afetar negativamente a relação mãe-bebê e levar a problemas emocionais a longo prazo para a criança (Beck, 2006). Estudos revelaram que transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves consequências materno-fetais, até mesmo durante o trabalho de parto (Jablensky et al., 2005; Seng et al., 2001).

É importante frisar que muitas mulheres com depressão perinatal não revelam os seus sintomas de depressão com receio de possível estigmatização (Epperson, 1999) e somente cerca de 20% das mulheres com DPP recorrem a ajuda profissional (Lowdermilk & Perry, 2008).

As mulheres sentem que as expetativas sociais são de que elas estejam satisfeitas e acabam sentindo-se culpadas por estarem experimentando sintomas depressivos num momento que deveria ser de alegria (Camacho *et al.*, 2006).

Quanto ao *timing* desta perturbação, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, da Associação Americana de Psiquiatria, na sua quarta edição e com texto revisto (DSM-IV- TR), não distingue perturbações de humor do pós-parto das que acontecem em outros períodos, exceto com o especificador “início no pós-parto” que é utilizado quando o início dos sintomas ocorre no período de quatro semanas após o parto (Cantilino, 2003 cit por Camacho *et al.*, 2006); definição que não satisfaz a necessidade de diagnóstico das perturbações psicopatológicas do pós-parto (Brockington, 1996).

A depressão pós-parto cursa, habitualmente com um bom prognóstico. Para isso é fundamental a identificação precoce dos sintomas e a partir daí o planeamento de estratégias terapêuticas adequadas. Se não for tratada, pode-se tornar crónica e refratária ao tratamento, prolongando-se até ao terceiro ano após o parto e causando prejuízos psicológicos, elevada morbilidade e mortalidade (Silva & Botti, 2005).

Alguns autores alertam para a necessidade da adoção de um olhar investigativo para além dos limites clínicos da patologia. Contextualizando, Azevedo & Arrais (2006) acreditam que a maternidade, tal como vem sendo concebida na atualidade, tem influência direta no aparecimento da depressão pós-parto. As investigadoras concluíram da sua investigação, existirem pressões culturais sob as quais as mulheres invariavelmente exercem a maternidade, associadas ao sentimento de incapacidade em adequar-se a uma visão romanceada dessa fase, situações que acabam por deixá-las ansiosas e culpadas, suscitando, dessa forma, conflitos que predispõem à depressão puerperal.

Já em 1997, Kimura atentara para esse olhar que aponta para a necessidade de um enfoque amplo e sistêmico deste tema, com uma visão da mulher enquanto um ser em metamorfose, num processo contínuo de construção de identidade, que redundava, no caso das puérperas, na identidade de mãe.

Faz-se ressaltar que afinal e ainda, o papel de mãe é também um produto da cultura e refere-se também a ações que se esperam que a mãe desempenhe em relação ao seu filho.

O despreparo em lidar com as emoções e cuidados exigidos no período do nascimento conduz à inadequação no desempenho do papel materno. O desempenho de novos papéis frente à maternidade/paternidade exige a adaptação ao novo ser, ao filho que nasceu, conciliando a criança real com aquela fantasiada, sonhada, durante todo o período gestacional. O desempenho e adaptação ao papel materno/paterno também estão envoltos pelo aspeto cultural da família ou sociedade em que vivem. O envolvimento do marido, parceiro, mãe, sogra e mesmo dos profissionais de saúde com a nova mãe pode significar apoio ou indicar o quanto a mãe está inapta em realizar os cuidados de si e do filho (Zagonel *et al.*, 2003).

A psicose puerperal é um quadro clínico de emergência médica, que requer tratamento psiquiátrico e consequente hospitalização (Harris, 2002), sendo de salientar as consequências adversas que tem para a mãe e o bebé e para a relação de ambos.

A psicose puerperal costuma ter início mais abrupto. Estudos permitiram verificar que dois terços das mulheres que experimentaram psicose puerperal iniciaram sintomatologia nas duas primeiras semanas após o nascimento dos seus filhos. Descreve-se um quadro com presença de delírios, alucinações e estado confusional que parece ser peculiar nos quadros de psicose puerperal. Podem existir sintomas depressivos, maníacos ou mistos associados. As mulheres costumam apresentar comportamento desorganizado e delírios que envolvem os seus filhos, com pensamentos de lhes provocar algum tipo de dano. Apesar de o suicídio ser raro no período puerperal em geral, a incidência deste nas pacientes com transtornos psicóticos nesse período é alta, necessitando muitas vezes de intervenção hospitalar por esse motivo, bem como pelo risco de infanticídio. Sintomas depressivos, mais do que maníacos, em geral estão associados aos quadros em que ocorrem infanticídio ou suicídio (Chaudron & Pies, 2003).

Os delírios podem estar presentes em 50% das mulheres e as alucinações em cerca de 25%. Nos casos mais graves, tendem a surgir alucinações auditivas que impulsionam a mulher a matar o filho. Os delírios, quando presentes, estão muitas vezes relacionados com o filho: a mãe pode pensar

que ele está possuído pelo diabo, tem poderes especiais ou está destinado a um fim terrível (APA, 2000).

A desorganização grosseira do comportamento pode manifestar-se através do desinteresse pela criança ou da incapacidade para cuidar dela. Algumas mulheres insistem em que algo está errado com o bebê ou acusam os enfermeiros ou os familiares de os magoarem ou envenenarem. Os enfermeiros devem prestar especial atenção às mães agitadas, hiperativas, confusas, reclamantes ou desconfiadas (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com Brockington (2004), a psicose pós-parto tem uma heritabilidade alta e específica, sendo maior o risco para as mulheres que têm transtorno bipolar. O autor aponta como sinais indicativos de psicose pós-parto a depressão profunda, mania, obsessão e desorientação. A condição requer um tratamento adequado, mas o prognóstico é bom se for detetada atempadamente (Brockington, 2004; Wickberg & Hwang, 2003 *cit por* Glavin, 2012).

Mulheres portadoras de transtorno afetivo bipolar apresentaram risco elevado de psicose puerperal (260/1.000) quando comparadas a mulheres saudáveis, que apresentavam 1 a 2 casos a cada 1.000 puérperas (Chaudron & Pies, 2003).

A perturbação bipolar é uma doença que se inclui na depressão com características psicóticas, sendo acompanhada de episódios maníacos, caracterizados por humor elevado, expansivo ou irritável. As manifestações clínicas de um episódio maníaco incluem, no mínimo, a presença significativa de três dos sintomas seguintes pelo menos durante uma semana: grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, discurso rápido, ideias irrefletidas, distração, agitação psicomotora e envolvimento excessivo em atividades de prazer/lúdicas sem atender às consequências negativas (APA, 2000). Uma vez que estas mulheres são hiperativas, podem não ter tempo para comer nem dormir, o que as conduz a situações de nutrição inadequada, desidratação e privação do sono. Durante o estado maníaco, as mães requerem supervisão constante enquanto cuidam dos filhos, pois a maioria está excessivamente preocupada com a prestação dos cuidados (Lowdermilk & Perry, 2008).

Uma mulher que tenha tido um episódio de características psicóticas no puerpério apresenta uma probabilidade de recidiva de 30 a 50% no parto seguinte (APA, 2000).

4.3.2 Epidemiologia

A DPP é considerada uma das patologias puerperais mais comuns. A sua prevalência aparece com variações entre 6,5% e 27,5%. Essa amplitude de valores deve-se, fundamentalmente, à diversidade nas metodologias de investigação, em termos dos instrumentos adotados para o diagnóstico de DPP e dos *timings* de avaliação, mas também às amostras consideradas (Costa *et al.*, 2006).

Em Portugal, a prevalência da DPP atinge 12% a 16% das mães, sendo este o período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações de humor em todo o ciclo vital da mulher (Cepêda *et al.*, 2005).

Um estudo com 1.558 mulheres detetou 17% das gestantes com sintomas significativos para depressão na gestação tardia, 18% no puerpério imediato e 13% entre a sexta e a oitava semanas do puerpério. O mesmo valor (13%) foi encontrado no sexto mês do puerpério (Josefsson *et al.*, 2001).

Um outro estudo constatou valores oscilando entre 8,6% e 10,1% para o diagnóstico de depressão entre a 6^a e a 24^a semanas do puerpério (Boyce & Hickey, 2005).

Uma meta-análise de 59 estudos demonstrou que 13% das mães experimentam DPP dentro de 12 semanas após o parto (O'Hara e Swain, 1996); enquanto que um relatório mais recente sugere taxas tão elevadas quanto 15% em amostras comunitárias (Gaynes *et al.* 2005). Num outro estudo, 21,9% é a prevalência estimada de mulheres que experimentam a DPP no período de um ano após o parto (Miller & LaRusso, 2010).

Em adolescentes, foi verificada uma prevalência entre 16% e 44%, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas, o que pode estar relacionado com a falta de maturidade afetiva e de relacionamentos dessas pacientes, bem como com o facto de grande parte delas ter de abandonar os seus estudos devido à maternidade (Szigethy & Ruiz, 2001).

No que concerne à etiologia da DPP, ainda não é completamente conhecida, mas acredita-se que fatores hormonais e hereditários estejam envolvidos, para além de outros fatores de risco (Camacho *et al.*, 2006).

Na gestação, os níveis de estrogénio e progesterona são superiores àqueles vistos nas mulheres fora do período gestacional e esse fator pode estar envolvido nas alterações do humor que ocorrem nessa fase. A queda brusca destas hormonas no puerpério estaria envolvida na etiologia da DPP. Bloch *et al.* (2003) realizaram uma revisão da literatura a fim de correlacionarem os fatores endócrinos e hereditários com a etiologia da patologia. Não se constatou relação genética diferente daquela já esperada em quadros não puerperais. Levantou-se a hipótese de que algumas mulheres seriam mais sensíveis a variações hormonais em qualquer momento das suas vidas, incluindo o período pré-menstrual, menarca, gestação, puerpério, menopausa e até mesmo durante o uso de anticoncepcionais.

4.3.3 Efeitos sobre a relação mãe-criança

A DPP pode manifestar-se com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo favorável entre mãe e filho, podendo interferir na qualidade dos laços emocionais futuros (Schmidt *et al.*, 2005).

Se o rosto da mãe não reage, o bebé tem a experiência de não receber de volta o que está dando. Olha e não se vê. Este é um fato que ocorre com as mães deprimidas por estarem temporariamente impossibilitadas de se conectarem com o mundo (Camacho *et al.*, 2006).

Os distúrbios na interação de mães deprimidas e seus bebés parecem ser universais, abarcando diferentes culturas e diferentes grupos socioeconómicos. A sensibilidade, a disposição, a disponibilidade e mesmo a realização de atividades diárias (incluindo alimentação, mais especialmente a amamentação, rotinas de sono, vacinações e práticas de segurança) podem ficar comprometidas pela DPP.

Devido à sensibilidade materna perturbada, a criança pode desenvolver um apego inseguro para com a sua mãe, o que pode afetar o seu posterior

desenvolvimento emocional e cognitivo (Campbell *et al*, 2004; Dennis, 2004; McLearn *et al*, 2006). Sintomas depressivos maternos podem também contribuir para práticas parentais desfavoráveis (McLearn *et al.*, 2006).

Alguns estudos mostraram que mães deprimidas definiram-se como menos competentes, menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente (Milgron & McCloud, 1996).

Os estudos revistos por Schwengber & Piccinini (2003) sugerem que a depressão pós-parto afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna. Por outro lado, apontam que os efeitos da depressão da mãe na interação com o bebê dependem de uma série de fatores, o que não permite a realização de um prognóstico baseado em fatores isolados. O estudo de revisão que os autores realizaram, teve como objetivo contribuir para o estudo da interação mãe-bebê, examinando as investigações onde ressaltava o papel da DPP no desenvolvimento inicial da criança. Inicialmente, começaram por examinar algumas características da DPP e alguns fatores associados à sua ocorrência e num segundo momento apresentaram algumas considerações a respeito do impacto da DPP para a interação mãe-bebê. Os autores terminam o seu estudo fazendo a revisão de algumas implicações da DPP para o desenvolvimento infantil. No momento em que relacionam a DPP e a interação mãe-bebê, um dos autores citado por Schwengber & Piccinini (2003) é Stern (1997), a propósito da experiência interativa entre bebês e mães deprimidas, em termos de microeventos, descritos como aqueles eventos triviais e de curta duração que causam um impacto momentâneo no bebê. Como exemplo do que seriam microeventos, Stern destacou o que uma mãe faz com os olhos e o rosto no exato momento em que seu bebê lhe dirige um sorriso. Nessa perspectiva, a depressão torna-se familiar ao bebê na forma de muitos microeventos repetidos, ou seja: quando as mães ficam deprimidas não ocorre uma mudança brutal, mas um processo progressivo de desligamento, o qual geralmente é parcial. Para o autor, a experiência de estar com uma mãe deprimida caracteriza-se por pelo menos quatro experiências subjetivas: a primeira refere-se à experiência do bebê de microdepressão repetida, o que ocorre quando a mãe sob depressão rompe o contato visual com o bebê e não tenta restabelecê-lo. A partir do fracasso

nas suas tentativas de ter a mãe emocionalmente presente, o bebê tenta a proximidade através da identificação e da imitação. A segunda experiência subjetiva a que se refere Stern é caracterizada pela experiência do bebê como um reanimador. Ela foi baseada em evidências de que o bebê, diante de uma situação de microdepressão, tenta fazer com que a mãe volte à vida, o que muitas vezes funciona, já que a depressão materna não pode ser considerada total, nem tão pouco constante. A terceira experiência subjetiva do bebê, no sentido de estar com a mãe, refere-se à visão que o bebê tem da sua mãe, como estando em segundo plano, quando busca outras formas de estimulação, ou seja: se as tentativas de reanimar a mãe falham, o bebê parte em busca de um nível mais apropriado de estimulação e interesse no mundo. Por fim, a quarta experiência subjetiva de estar com uma mãe deprimida refere-se, segundo Stern, ao desejo do bebê de estar com a mãe não deprimida. Este esquema de estar com a mãe não deprimida tem como ponto de partida o esforço da mãe deprimida, geralmente manifestado em rompantes, para estar com o filho. O resultado de tal esforço consiste numa certa falta de autenticidade, que culmina numa falsa interação entre uma falsa mãe e um falso *self*. Stern ressaltou que o bebê consegue discriminar as discrepâncias nesse tipo de interação, mas acaba por aceitar o que a mãe oferece, dado o seu desejo de uma interação mais viva com a mãe. As concepções de Stern foram baseadas tanto na sua atividade como psicoterapeuta e pesquisador de díades mãe-bebê, como numa série de estudos que, nos últimos anos, exploraram cada vez mais as interações entre bebês e mães deprimidas, a partir da observação das interações face-a-face estabelecidas entre as díades (Schwengber & Piccinini, 2003). No mesmo estudo, os autores admitem que os efeitos da DPP na interação mãe-bebê são condicionados pela cronicidade do quadro depressivo sendo que, para esse caso, os estudos de investigação não se centram na interação face-a-face, mas sim em situações de jogo. A respeito das expressões afetivas das díades durante a interação mãe-bebê, Schwengber & Piccinini (2003) referem um estudo de Seiner & Gelfand (1995) no qual se examina o efeito da simulação materna de depressão e afastamento para a interação mãe-bebê. As díades foram observadas em episódios interativos nos quais as mães simulavam por vezes afeto depressivo e afastamento e,

em outro momento, afeto normal. Os resultados mostraram que, diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendiam a afastar-se fisicamente e apresentavam mais comportamentos negativos para chamar atenção. Quando as mães não estavam a simular afeto depressivo e afastamento, os bebês evidenciavam mais comportamentos positivos e brincavam mais próximos das mães (Schwengber & Piccinini, 2003).

Schwengber & Piccinini (2003) referem alguns estudos que corroboram evidências a respeito da maior intrusividade e envolvimento ativo na interação das mães deprimidas com meninos. A esse propósito, referem o estudo de Hart *et al.* (1999) que atenta para a existência de dois estilos distintos que uma mãe deprimida pode desenvolver em interação com seu filho: o primeiro é caracterizado pelo afastamento, falta de ligação e pouca estimulação; o segundo caracteriza-se por comportamentos intrusivos e de superestimulação. Os resultados mostraram que mães deprimidas intrusivas apresentavam mais respostas positivas, mais demonstração de brinquedos e uma tendência maior a guiarem fisicamente os seus bebês que, no entanto, mostraram menos manipulação de objeto. Por outro lado, mães deprimidas que se mostraram mais apáticas, quietas e afastadas mantinham a criança a brincar com mais frequência e mostravam afeto mais restrito, enquanto as suas crianças demonstraram menos expressão afetiva, positiva ou não. Segundo os autores, os resultados sugerem que a exposição da criança a estilos de interação não adequados, como ocorre com mães deprimidas, representa diferentes tipos de risco para o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança. Uma vez analisados de forma conjunta, estes estudos apontam para diversos efeitos da depressão da mãe na interação com o bebê tanto nos primeiros meses após o parto, como em momentos mais avançados do desenvolvimento (Schwengber & Piccinini, 2003).

Schwengber & Piccinini (2003) concluem no seu estudo de revisão sobre o impacto da DPP sobre a interação mãe-bebê, que mesmo as formas mais brandas de depressão materna podem afetar o bebê, uma vez que este consegue perceber as mínimas deficiências na contingência no comportamento materno. Dessa forma, o estado depressivo da mãe pode repercutir-se negativamente nas primeiras interações com o bebê e,

consequentemente, no desenvolvimento da criança. Como mostram as investigações, as interações que se estabelecem entre bebês e mães deprimidas caracterizam-se por um menor nível de atividade e sincronia do que aquelas estabelecidas na ausência dos sintomas da depressão materna. Mães deprimidas tendem a ser menos expressivas ao interagirem com os seus bebês que, por sua vez, tendem a apresentar mais afeto negativo e menos afeto positivo do que bebês de mães não deprimidas.

Numa meta-análise de estudos das primeiras interações de mães com DPP com os seus filhos de três meses de idade, verificou-se que as mães se apresentavam mais irritáveis e hostis, menos ligadas emocionalmente aos seus filhos de três meses de vida, e brincando menos com eles (Lovejoy, 2000).

Mães com DPP, quando comparadas com mães não deprimidas, tocam os seus bebês com menos frequência, de forma menos carinhosa (Ferber *et al.*, 2008) e de forma mais negativa (por exemplo, puxando, fazendo cócegas e cutucando) (Malphurs *et al.*, 1996). Os bebês de mães deprimidas passam mais tempo tocando na sua própria pele, o que pode ser uma forma de compensar o toque menos positivo das suas mães (Hentel *et al.*, 2000 *cit por* Field, 2010; Herrera *et al.*, 2004).

De acordo com Tronik & Weinberg (2000) (*cit por* Schmidt *et al.*, 2005), os filhos de mães deprimidas apresentaram dificuldades para se envolver e manter uma interação social, tendo deficits na regulação dos seus estados afetivos. Os bebês olhavam menos para suas mães e expressavam menos afeto positivo e mais afeto negativo. Aos 12 meses, muitos desses bebês apresentaram baixos desempenhos em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro com a mãe.

De acordo com Dawson *et al.* (2000), mães deprimidas tendem a apresentar menos capacidade de interagir com a criança de forma adaptativa, menos capacidade de responder de forma continente e direta aos sinais da criança e estabelecem menos contato físico com sua criança, quando comparadas com mães não deprimidas.

A diminuição da sensibilidade materna está diretamente relacionada com o comportamento materno na interação com seu bebê que, na maioria das vezes, caracteriza-se por comportamentos de intrusividade ou de

retraimento (Field, 1997). Nesse sentido, o estudo qualitativo realizado por Schwengber & Piccinini (2004) com 26 díades mães-bebê (11 díades com indicadores de depressão e 15 díades sem indicadores de depressão) corrobora aos achados de Field (1997) acima citados, somente no que se refere a presença de comportamentos de retraimento e apatia nas mães com indicadores de depressão. Essas mães também apresentaram menos comportamentos facilitadores para que o bebê explorasse os brinquedos durante o jogo livre e menos ternura e afeição; enquanto os seus filhos apresentaram mais afeto negativo. Num estudo posterior, os mesmos pesquisadores (Schwengber & Piccinini, 2005) investigaram igualmente díades com indicadores de depressão (N = 9) e sem indicadores de depressão (N = 9) no final do primeiro ano de vida do bebê. A análise de conteúdo das entrevistas sobre o desenvolvimento do bebê e sobre a experiência da maternidade mostrou que mães com indicadores de depressão relataram mais insatisfação com o desenvolvimento do bebê, com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas, maior nível de *stress* pela separação dos filhos em função do trabalho, pela ocorrência de conflitos familiares e conjugais, por dificuldades nos cuidados a ter com o bebê e por dificuldades financeiras.

Dawson e seus colaboradores (2000) também evidenciaram esta relação entre a depressão materna e a insensitividade materna, incluindo a análise da atividade elétrica cerebral no bebê. Os pesquisadores estudaram 99 mães (a amostra consistia basicamente de mães adultas, a maioria casada e de classe média, com patologias mentais sérias) divididas em dois grupos: deprimidas (N = 59) e não deprimidas (N = 40), com filhos entre os 13 e os 15 meses de idade. Os autores puderam verificar que as mães deprimidas se mostravam menos sensíveis aos sinais dos seus filhos. O grau de insensitividade materna encontrado foi relacionado com a redução de atividade elétrica cerebral frontal esquerda (região associada com a expressão de afetos positivos) nas crianças de mães deprimidas, quando comparadas com as crianças de mães não deprimidas. A atividade cerebral foi avaliada, através de eletroencefalograma, em cinco situações diferentes e a redução da atividade cerebral generalizava-se, mesmo quando as crianças

estavam na presença de adultos não deprimidos e em situações de interação positiva.

Os estudos mencionados servem o propósito de demonstrar o quão impactante pode representar a patologia da DPP não só para a relação interativa que a mãe estabelece com o seu bebê mas, e intrinsecamente relacionada com ela, para todo o desenvolvimento da criança.

A importância da pesquisa continuada sobre a patologia destaca-se pelo aumento da incidência da DPP e alguns estudos longitudinais relatam efeitos negativos a longo prazo na saúde das crianças e no seu desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico (Field, 2010; Schwengber & Piccinini, 2003;).

O comportamento de mães deprimidas tende a influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a depressão materna pode afetar profunda e amplamente a vida das crianças, influenciando notavelmente na natureza, frequência e recorrência de desordens infantis e gerando consequências adversas através da infância até o limiar da idade adulta (Radke-Yarrow, 1998). Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre a depressão materna e seu possível impacto no desenvolvimento infantil, diagnosticando e posteriormente encaminhando estas mães e seus bebês para profissionais de saúde mental, diminuindo, assim, a probabilidade de consequências adversas para o desenvolvimento da criança mundo (Camacho *et al.*, 2006).

4.3.4 Fatores de risco

Os fatores de risco associados ao desenvolvimento de um episódio depressivo pós-parto têm sido extensivamente estudados e englobam fatores de natureza genética, hormonal e elementos da história reprodutiva da mulher, bem como das suas experiências de vida (Beck, 2001).

Fatores psicossociais, incluindo eventos de vida *stressantes*, historial de depressão, ansiedade, problemas na relação com o companheiro e falta de suporte social têm sido consistentemente indicados como fatores de risco da DPP (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 2001; Stewart *et al.*, 2003; Horowitz &

Goodman, 2004). Fatores obstétricos (incluindo complicações devidas à gravidez ou ao parto) e baixo nível socioeconómico foram caracterizados como pequenos fatores de risco (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 2006; Miller & LaRusso, 2010).

Uma meta-análise de 84 estudos, publicados na década de 1990, foi realizada para determinar a magnitude das relações entre a depressão pós-parto e diversos fatores de risco. Os resultados da investigação indicaram que dez dos 13 fatores de risco estudados tinham um efeito³ moderado, sendo eles: a depressão pré-natal (0.44-0.46), a autoestima (0.45-0.47), o *stress* infantil (0.45-0.46), ansiedade pré-natal (0.41-0.45), o *stress* da vida (0.38-0.40), o apoio social (0.36-0.41), o relacionamento conjugal (0,38-0,39), história de depressão anterior (0.38-0.39), o temperamento infantil (0.33-0.34) e *blues* (0.25-0.31); enquanto três preditores revelaram ter um pequeno efeito, sendo neste caso: o estado civil (0.21-0.35), o nível socioeconómico (0.19-0.22) e a gravidez não planeada e/ou indesejada (0.14-0.17) (Beck, 2001).

Em 2004, Robertson e seus colaboradores, numa meta-análise de estudos de fatores de risco pré-natal para a DPP, concluíram que os fatores de risco mais fortes eram a depressão pré-natal, a ansiedade pré-natal, eventos de vida *stressantes* (geralmente no ano anterior), a falta de apoio social e um histórico de depressão anterior à gravidez (Robertson *et al.*, 2004).

Em conclusão, pode dizer-se que as circunstâncias que são de forma mais consistente associadas ao desenvolvimento da DPP são a tensão conjugal, baixos níveis de suporte social e acontecimentos de vida adversos que ocorrem durante a gravidez e no puerpério. Os acontecimentos de vida adversos mais relatados na literatura incluem situações como o desemprego materno e/ou paterno, abandono por parte do pai da criança, grandes dificuldades financeiras e ocorrência de problemas de saúde na família da puérpera.

Após a revisão de vários estudos relativos a fatores de risco da DPP, Schwengber & Piccinini (2003) concluíram que a ocorrência da DPP está associada a uma série de fatores biológicos, obstétricos, sociais e

³ No seguimento, entre parêntesis, apresenta-se o valor referente à média do indicador do efeito de cada um dos fatores de risco considerado.

psicológicos que se inter-relacionam. Além disso, os autores referem que a literatura aponta também para o caráter conflituoso da experiência da maternidade, como um fator de risco para a depressão da mãe, uma vez que a maternidade implica a aquisição de novos papéis e mudanças profundas na identidade da mulher. Os estudos sugerem também que mães deprimidas tendem a perceber a própria experiência de forma mais negativa do que mães não-deprimidas. Segundo os resultados dos mesmos investigadores, há a evidência de uma associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento. A ausência de planeamento da gestação, o nascimento prematuro, a dificuldade de amamentar, as dificuldades no parto e, por vezes, a morte do bebê também constituem fatores associados ao aparecimento da depressão materna.

De acordo com Bloch *et al.*, (2005), mulheres mais suscetíveis aos transtornos do humor no puerpério também teriam diagnóstico de transtorno disfórico pré-menstrual ou apresentaram sintomas depressivos no segundo ou quarto dia do puerpério. Pacientes que tiverem história de sensibilidade aumentada ao uso de anticoncepcionais orais também seriam igualmente mais vulneráveis.

Um outro estudo tentou encontrar uma relação entre a gravidez indesejada e o risco para a depressão, mas os resultados foram pouco conclusivos. Foi apenas verificado que mulheres com escolaridade mais alta e maior rendimento financeiro apresentavam menor risco, enquanto mulheres provenientes de famílias populosas apresentavam elevado risco para depressão. Levantou-se também a hipótese de que a existência prévia de transtorno mental poderia ser o fator mais importante associado ao risco de se apresentarem novos episódios no puerpério (Schmiege & Russo, 2005).

Também o momento do parto representa um evento marcante na vida da mulher, podendo acarretar repercussões relevantes ao nível psicológico. Um estudo recente com mulheres iranianas (Sadat *et al.*, 2014) objetivou determinar a relação entre o tipo de parto, cesariana ou vaginal, e a DPP. Os autores concluíram que a relação não existia ao segundo e quarto mês após o parto, no entanto, o valor da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (escala utilizada para medir DPP) decresceu de forma

mais acentuada no caso do parto vaginal, do segundo para o quarto mês após o parto.

Existem diversos fatores psicossociais que envolvem o *stress* inerente às transformações puerperais e que contribuem para a exacerbação dos sintomas psíquicos, muitas vezes funcionando como potenciadores de risco. A predisposição também representa uma parcela considerável na etiologia dos transtornos psiquiátricos puerperais. Determinadas situações ou experiências, expõem a puérpera ao maior risco de adoecer, entre os quais se destacam: a primiparidade e história familiar e pessoal de transtorno mental pós-parto (Silva & Botti, 2005). Assim sendo, a prevenção de complicações e construção de um prognóstico satisfatório das síndromes mentais pós-parto, destaca a importância da identificação dos sintomas iniciais que norteiam o quadro patológico puerperal, ou seja, quanto antes forem detetados os indícios, mais adequada poderá vir a ser a assistência individual e familiar da puérpera.

Num estudo de revisão, realizado por Schmidt e seus colaboradores (2005), sobre os fatores de risco da depressão pós-parto e as repercussões desta patologia no desenvolvimento infantil, os autores concluem que a depressão pós-parto tem etiologia multifatorial, atingindo um significativo número de mulheres no puerpério, sendo importante a investigação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez e, especialmente, acompanhar a forma como esta se sente no pós-parto, bem como se ela conta com uma rede de apoio social que ofereça sustentação às mudanças psíquicas vividas com o nascimento de um bebê.

Há controvérsias sobre quão bem a identificação dos fatores de risco permite que os clínicos ou pesquisadores distingam aquelas mulheres que se tornarão deprimidas das que permanecerão sadias. Ensaio clínico para a prevenção de DPP e evidências relacionadas de grupos de pacientes controle não tratados têm demonstrado que os instrumentos de triagem identificam as mulheres com alto risco de DPP, embora a eficácia desses instrumentos seja questionável na medida em que também deixam de identificar algumas mulheres em risco (Zinga *et al.*, 2005).

Todas as mulheres são suscetíveis ao desenvolvimento de DPP, no entanto, mulheres com um ou mais fatores de risco, identificados durante a gravidez,

deverão merecer um acompanhamento vigilante mais ativo e proactivo, consubstanciando assim importantes atuações preventivas da DPP.

4.3.5 Diagnóstico

Pesquisas demonstram consistentemente que a sintomatologia da DPP não difere da sintomatologia de depressão *major*⁴ (Brockington, 1996), portanto, na maioria dos casos, a DPP é diagnosticada como um episódio depressivo *major* com início no puerpério (Ross *et al.*, 2005 *cit por* Doucet *et al.*, 2009). Para ser classificada como DPP, deve haver um período mínimo de 2 semanas em que a mulher se apresenta com um humor deprimido, ou perda de interesse, ou de prazer nas atividades diárias, representando uma mudança do comportamento normal e causando prejuízo na rotina diária. Pelo menos quatro dos seguintes sintomas devem também estar presentes para um diagnóstico: a mudança de peso, na ausência de dieta, insônia ou hipersônia, agitação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa, diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (APA, 2000). Os sintomas da DPP podem muitas vezes ter uma maior ênfase na educação dos filhos e poder incluir pensamentos intrusivos sobre maus tratos ao bebê ou sentimentos de culpa sobre ser uma mãe pobre (Doucet *et al.*, 2009). O reconhecimento do estado depressivo da mulher é fundamental e, por vezes complexo, dadas as queixas psicossomáticas que podem sugerir somente problemas orgânicos. Nessa altura, torna-se necessária uma intervenção profissional que auxilie a compreensão desta condição, vivida subjetivamente pela mulher, de forma a ser detetada, tratada e resolvida adequadamente. Assim, e apesar da ocorrência e da importância desta patologia, o diagnóstico da depressão pós-parto pode ser dificultado dadas as fronteiras imprecisas entre formas clínicas e subclínicas e por vezes, não patológicas.

⁴ Disponibilizam-se, em Anexos II, os critérios de diagnóstico de um episódio depressivo, de acordo com a World Health Organization (1992).

Os limites entre o fisiológico e o patológico podem ser estreitos, o que pode gerar dúvidas em obstetras, clínicos ou psiquiatras (Camacho *et al.*, 2006). Evidências crescentes na literatura demonstram que os transtornos psiquiátricos durante a gravidez são subdetectados e subtratados na prática clínica (Zinga *et al.*, 2005).

4.3.6 Prevenção

Com a identificação dos fatores de risco de DPP, a década passada testemunhou uma maior quantidade de pesquisas sobre estratégias preventivas (Zinga *et al.*, 2005).

Atendendo a algumas especificidades da DPP, poder-se-á considerá-la uma patologia que oferece uma oportunidade única para que se promova uma efetiva prevenção. Assim, uma vez decorrente num período de tempo limitado, após um evento muito concreto (ou seja, o parto) e sendo precedido por uma experiência igualmente definível (ie, a gravidez), durante o qual as mulheres estão em contacto regular com o sistema de saúde, parecem reunir-se condições a favor da desejável combinação de sinergias preventivas.

As evidências apontadas pela literatura indicam a importância da avaliação precoce da depressão já durante a gestação. Uma vez diagnosticado o quadro depressivo da gestante, viabiliza-se a realização de intervenções, sendo um dos objetivos principais o de apoiá-la neste momento importante de transição. Da mesma forma, o diagnóstico da depressão da mãe após o nascimento do bebé representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares logo que os sintomas sejam detetados. Nesse sentido, os profissionais que atuam na área da saúde precisam estar atentos para a importância de intervenções que tragam benefícios à relação mãe-bebé. Sabe-se que os primeiros meses após o parto caracterizam um período bastante sensível para a realização de intervenções com esse objetivo, tendo em vista a gama de sentimentos experimentados pela mãe após o nascimento do bebé. A atuação preventiva das equipes multidisciplinares nesse período pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mais do

que isso, o atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior (Schwengber & Piccinini, 2003).

Desta forma, a saúde psicológica precoce passa a ser a chave para um futuro desenvolvimento infantil saudável, acompanhada de intervenções primárias precoces para populações de risco para o desenvolvimento, como, nos casos de crianças de mães deprimidas, as quais apresentam efeitos benéficos a longo prazo (Cowen & Durlak, 2000; Dawson *et al.*, 2000). Dentro desta concepção, considera-se que muitos fatores modulam a formação da saúde psicológica precoce como a influência do ambiente, dos cuidados primários e do apego seguro para um adequado desenvolvimento infantil (Cowen & Durlak, 2000; Dawson *et al.*, 2000; OMS, 2001).

De acordo com O'Hara & McCabe (2013), os programas de prevenção da DPP podem ser divididos em três grandes categorias: prevenção universal (inclui todas as mulheres grávidas); prevenção seletiva (inclui a presença de fatores de risco) e prevenção indicada (inclui a presença de sintomas depressivos, mas sem diagnóstico).

O historial de saúde, acompanhado da avaliação sistemática psicossocial realizados durante toda a gravidez, com atualizações periódicas (para identificar quaisquer mudanças nos fatores situacionais) podem auxiliar a identificação das mulheres que apresentam risco aumentado de DPP. Fornecer orientação antecipatória sobre fatores de risco, prevalência e sintomas típicos da DPP pode também ajudar a alertar as mulheres que têm um ou mais fatores de risco, para a importância de entrar em contato com os seus prestadores de cuidados de saúde, sempre que a ansiedade ou outros sintomas de depressão persistam além de 2 semanas após o parto. Claramente, habilidades de entrevista dos enfermeiros e julgamento clínico são elementos críticos na identificação e monitoramento de fatores de risco da DPP. No entanto, as ferramentas de avaliação estão disponíveis para identificar os fatores de risco da DPP conhecidos ou avaliar a gravidade dos sintomas da depressão (Horowitz & Goodman, 2004).

Estudos recentes têm avaliado a eficácia de intervenções preventivas para a DPP. Sockol e seus colaboradores (2013) realizaram uma meta-análise que

objetivou avaliar a eficácia de uma vasta gama de intervenções preventivas destinadas a reduzir a gravidade dos sintomas depressivos da DPP. Após a revisão sistemática de 37 ensaios randomizados, os autores puderam concluir que diversas intervenções (farmacológicas e não farmacológicas) são eficazes na prevenção da DPP. Aos seis meses depois do parto, estas intervenções estão associados a uma redução de 27 % na prevalência de episódios depressivos e a uma redução nos níveis de sintomas depressivos, em comparação com as condições de controlo. Adicionalmente, os mesmos autores atentaram que os efeitos eram maiores em estudos que avaliavam a depressão no início do período pós-parto, o que seria consistente com a remissão natural de sintomas depressivos ao longo do período pós-parto (Sokol *et al.*, 2013).

Apoio social não-terapêutico e intervenções educativas também foram avaliadas como intervenções preventivas (Dennis *et al.*, 2008). Tratamentos biológicos alternativos, suplementos alimentares e nomeadamente intervenções hormonais, também foram avaliados como potenciais intervenções preventivas para a depressão pós-parto (Lawrie *et al.*, 1998; Llorente *et al.*, 2003).

Dada a ampla gama de abordagens que têm sido utilizadas em pesquisa de prevenção, uma revisão abrangente da pesquisa nesta área se torna necessária para proporcionar, a investigadores e profissionais de saúde, informações importantes sobre a eficácia absoluta e relativa destas intervenções.

4.3.7 Tratamento

As complicações mais graves decorrentes de transtornos puerperais sem intervenção adequada são o infanticídio e o suicídio. No entanto, a existência de transtornos psiquiátricos não só no puerpério, mas também na gestação, pode levar a outras graves consequências (Camacho *et al.*, 2006). Desta forma se ressalva a fulcral relevância do diagnóstico e da melhor estratégia de tratamento para cada situação em particular, tão precocemente quanto possível.

Na atualidade parece assistir-se a um movimento crescente no sentido de integrar o rastreio de saúde mental nos cuidados primários de rotina para as mulheres grávidas e no puerpério e dar seguimento com tratamento ou cuidados de acompanhamento (O'Hara & McCabe, 2013).

No entanto, o acesso ao tratamento pode ser prejudicada dada a relutância das mulheres em viajar para consultas de psicoterapia regulares e as suas preocupações sobre a transmissão de medicação antidepressiva para o seu bebé, se estiverem a amamentar (O'Hara & McCabe, 2013).

Muitas pacientes também se sentem culpadas, prejudicando a adesão ao tratamento e a aceitação de uma patologia numa fase em que, em tese, deveria ser de alegria (Camacho *et al.*, 2006). Ainda o desconhecimento sobre a depressão pós-parto e a negação ou minimização dos seus sintomas ou a assunção de que os seus problemas são característicos do puerpério têm sido apontados por alguns autores como sendo barreiras à deteção e tratamento da DPP (Horowitz & Cousins, 2006).

Pesquisas têm referido técnicas de tratamento psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia (indicada para casos mais graves) ou refratários. As maiorias das intervenções psicossociais e hormonais têm-se mostrado pouco eficiente. Entretanto, resultados de estudos focados sobre psicoterapia interpessoal, estratégias cognitivo-comportamentais e intervenções farmacológicas têm-se evidenciado eficientes (Camacho *et al.*, 2006).

A psicoterapia foca-se nos medos e preocupações da mulher face às suas novas responsabilidades e papéis, assim como na monitorização de pensamentos suicidas e homicidas. Para algumas mulheres é necessária a hospitalização (Lowdermilk & Perry, 2008).

No entanto, o tratamento da patologia apresenta as suas particularidades, como demonstra o estudo de Hendrick *et al.* (2000), numa comparação entre mulheres com depressão no pós-parto e fora dele, observando que a depressão pós-parto requer mais tempo para responder à farmacoterapia e tende a necessitar de mais agentes antidepressivos para se obter remissão dos sintomas.

No que respeita ao uso de psicofármacos durante a gestação e lactação, Camacho *et al.* (2006) alertam que a decisão de oferecer tratamentos biológicos às gestantes é um processo decisório complexo que envolve uma interação constante entre paciente, família, obstetra e psiquiatra. Estabelecer uma aliança terapêutica é fundamental. A confiança que a gestante deposita nos seus médicos certamente minimizará qualquer percalço, principalmente os efeitos colaterais que podem ocorrer durante o tratamento. Essa decisão deve sempre levar em conta, como sua mola mestra, a relação risco-benefício (Camacho *et al.*, 2006).

Diante de uma história clínica o mais completa possível, as opções de tratamento são oferecidas, incluindo a de não tratar. Entre as opções estão os tratamentos biológicos (os medicamentos são descritos levando-se em consideração a sua eficácia e os riscos particulares para mãe e feto). Os possíveis riscos envolvem toxicidade fetal, considerando-se a morte intrauterina, malformações físicas, prejuízo de crescimento, teratogenicidade comportamental e toxicidade neonatal. Algo que deve ser mencionado com veemência à gestante é que o facto de não tratar poderá trazer muito mais danos ao feto, pelo que haverá, devido ao *stress*, efeito sobre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com aumento de cortisóides e danos ao produto conceptual (Camacho *et al.*, 2006).

Situações extremas, como tentativa ou risco elevado de suicídio ou um estado psicótico no qual a paciente não responde, até mesmo do ponto de vista legal, pelos seus atos, tenderão à decisão de medicação compulsória (Camacho *et al.*, 2006). Como o risco de teratogenicidade é a principal preocupação da gestante, a *Food and Drug Administration* (FDA), órgão norte-americano que controla alimentos e fármacos, estabeleceu uma classificação, segundo esse risco, para cada psicofármaco: Risco A: estudos controlados não demonstram risco. Estudos adequados e bem controlados em gestantes não têm demonstrado ou evidenciado nenhum risco ao feto; Risco B: sem evidência de risco em humanos. Ou as descobertas em animais demonstram risco, mas em humanos não, ou se estudos adequados em humanos não têm sido realizados, descobertas em animais são negativas; Risco C: risco não pode ser excluído. Faltam estudos em humanos, e os estudos em animais são positivos para o risco fetal ou

também estão ausentes. Contudo, potenciais benefícios podem superar o risco potencial; Risco D: evidência positiva de risco. Dados de investigação ou relatados, posteriormente, mostram risco para o feto. Ainda assim, potenciais benefícios podem ter mais valor que o risco em potencial; Risco X: contraindicação absoluta em gravidez. Estudos de investigação em animais ou humanos, ou relatados posteriormente, mostram um risco fetal que claramente suplanta qualquer possível benefício à paciente (Camacho *et al.*, 2006).

Referindo-se às particularidades de cada classe de psicofármacos, especificamente dos antidepressivos, Camacho e seus colaboradores (2006) consideraram particularmente seguros e cada vez mais utilizados a sertralina e o citalopram, sendo o estabelecimento da sua segurança cada vez maior (risco B, de acordo com a classificação proposta pela FDA). Já quando se referem à psicoterapia, os autores contextualizam referindo que muitas mulheres abandonam ou não aceitam o tratamento farmacológico quando descobrem estar grávidas, e conforme a história de evolução e menor gravidade da doença, a psicoterapia pode representar uma alternativa adequada de tratamento. A psicoterapia também pode ser uma aliada no que diz respeito a medidas de descontinuação ou redução de dose no tratamento farmacológico, diminuindo o risco de recaídas ou os sintomas depressivos na gestação. No entanto, os autores atentam que não é adequado descontinuar a farmacoterapia em casos mais graves ou recorrentes. Episódios depressivos leves ou de depressão menor podem ter boa resposta ao tratamento psicoterapêutico, sendo neste caso benéfico para a paciente e o feto tentarem inicialmente o tratamento não farmacológico (Camacho *et al.*, 2006).

Camacho *et al.* (2006) finalizam o seu estudo referindo que as medidas de tratamento ainda são amplamente discutidas, devendo-se levar em consideração a relação risco-benefício, sendo assim o bom senso do médico um aliado importante quanto à escolha do tratamento nesses casos.

4.4 INTERVENÇÃO DO EESMO NA DETECÇÃO DA DPP E A SUA RELEVÂNCIA

Para reconhecer os sintomas da DPP tão precocemente quanto possível, deve-se recorrer à escuta ativa e demonstrar uma atitude de cuidado. Os enfermeiros não podem depender do facto de a mulher pedir ajuda ou de se voluntariar para dar informação não solicitada sobre a sua depressão. Pelo contrário, devem estar atentos a sinais da doença ou fazer as perguntas adequadas para determinar o humor, o apetite, o sono, os níveis de energia e fadiga e a capacidade de concentração. Exemplos de como iniciar uma conversa: “Agora que já teve o bebé, como vão as coisas? Teve que mudar muitas coisas na sua vida desde o parto?” E “Passa muito tempo a chorar?” Se o enfermeiro confirmar que a nova mãe está deprimida, deve perguntar-lhe se tem pensamentos destrutivos relativamente a si ou ao bebé. A mulher pode ficar mais motivada para responder honestamente se o enfermeiro lhe disser “Muitas mulheres sentem-se deprimidas depois do nascimento do bebé e algumas sentem-se tão mal que até pensam em magoar-se ou ao bebé. Alguma vez aconteceu consigo?” (Lowdermilk & Perry, 2008).

Poder fazer o despiste da depressão pós-parto implica que os profissionais de saúde disponham de uma ferramenta capaz de os auxiliar na identificação de mulheres com pensamentos relacionados com a depressão pós-parto. Profissionais como enfermeiras têm uma tarefa importante na identificação e tratamento de mulheres com depressão pós-parto. O objetivo é o estabelecimento precoce de ofertas de ajuda e, quando necessário referências. O desenvolvimento de instrumentos de rastreamento dá aos serviços primários de saúde uma oportunidade para a identificação precoce de depressão pós-parto (Glavin, 2012). Os enfermeiros podem usar instrumentos de rastreio para avaliar se os sintomas depressivos evoluíram de disforia materna para DPP.

Têm sido utilizadas na gravidez escalas que abordam preditores de depressão pós-parto. O *Pregnancy Risk Questionnaire* é uma escala de 18 itens que lista fatores de risco psicossociais para a depressão pós-parto. Em estudo de validação original, obteve sensibilidade de 44% e valor preditivo

positivo de 23% (Austin *et al.*, 2005). Um outro instrumento com a mesma finalidade é o *Postpartum Depression Predictors Inventory*, uma *checklist* que idealmente deve ser preenchida em cada um dos três trimestres de gravidez e que também acessa fatores de risco psicossociais (Beck, 1998). De acordo com Ferguson *et al.* (2002), a possibilidade de detecção de depressão pós-parto com escalas tem-se mostrado significativamente maior que a detecção espontânea durante avaliações clínicas de rotina por médicos em serviços de atendimento primário. As escalas servem para alertar os profissionais nomeadamente enfermeiros, clínicos, obstetras e pediatras para aquelas mulheres que possivelmente precisam de avaliação mais profunda e tratamento. Como mais-valias, as escalas permitem o atendimento de um grande número de pacientes em pouco tempo, têm um baixo custo, são práticas, de autoaplicação e de fácil utilização mesmo por profissionais não sem especialização. Atendendo às vantagens descritas, foram criadas duas escalas desenhadas especificamente para rastreamento de DPP: a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), em 1987 e a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), em 2000 (Camacho *et al.*, 2006). A EPDS, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo é um instrumento de auto registo constituído por um questionário composto por 10 itens, que pretende avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos 7 dias, utilizando uma escala de 0 a 3 do tipo Likert. Elaborada por Cox *et al.* (1987) é utilizada internacionalmente no estudo da DPP. A sua validação para a população portuguesa foi realizada por Areias *et al.* (1996), concluindo que a EPDS tem uma sensibilidade e especificidade elevadas na avaliação de sintomas depressivos nas mulheres. A PDSS, desenvolvida por Beck & Gable (2000), nos Estados Unidos, é uma escala de autoavaliação do tipo Likert. O instrumento tem 35 itens que avaliam sete dimensões: distúrbios do sono/apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa/vergonha e intenção de causar danos a si. Cada dimensão é composta de cinco itens que descrevem como uma mãe se pode estar a sentir após o nascimento de seu bebé (Beck & Gable, 2000).

Se a interação inicial revelar nalguma questão que a mulher pode estar deprimida, um rastreio formal é útil para determinar a urgência da

referenciação e para que tipo de profissional. Também importante é a necessidade de avaliar os familiares pois estes poderão fornecer informações valiosas assim como terão necessidade de expressar como se sentem afetados pelo transtorno afetivo da mulher.

O planeamento centra-se na satisfação das necessidades individualizadas da família para lhes garantir segurança, especialmente para a mãe, o bebé e outras crianças, e facilitar o *coping* familiar funcional. Os diagnósticos de enfermagem incluem os seguintes (Lowdermilk & Perry, 2008):

- Risco de violência autodirigida (mãe) ou dirigida a outros, relacionada com a DPP;
- Baixa situacional da autoestima na mãe relacionada com *stress* associado às mudanças de papel;
- *Coping* familiar ineficaz relacionado com o aumento da necessidade de cuidados da mãe e do filho;
- Risco de compromisso dos papéis parentais relacionado com a incapacidade da mãe deprimida fazer a vinculação com o filho;
- Risco de traumatismo para o recém-nascido relacionado com a depressão da mãe (falta de atenção para com as necessidades de higiene, segurança e nutrição do filho) e medicamentos psicotrópicos através do leite materno.

No que concerne especificamente ao plano de cuidados e intervenções, na unidade pós-parto, um enfermeiro que preste cuidados à mulher no período pós-parto deve observá-la, cuidadosamente, quanto a sinais de choro e realizar as avaliações subsequentes que considerar necessárias. A DPP deve ser abordada pelos enfermeiros, ao prepararem os pais para potenciais problemas no período pós-parto. A família deve ser capaz de reconhecer os sinais e saber onde procurar ajuda. A informação escrita que for transmitida à mulher no sentido da prevenção da DPP deve constar no plano de alta.

Já em contexto de domicílio, as visitas domiciliárias pós-parto podem reduzir a incidência de complicações da depressão (Lowdermilk & Perry, 2008).

Atualmente, atendendo à presente lógica de racionalização de custos e prevenção de infeções hospitalares, existe uma tendência para a diminuição

do período de internamento da puérpera e do recém-nascido após o parto, o que faz com que a visita domiciliária seja uma atividade imprescindível na prestação de cuidados durante o puerpério. Neste contexto, na literatura mais recente, muitos são os autores e diretivas que defendem, também como medida de suporte à adaptação à parentalidade, a visita domiciliária à puérpera, recém-nascido e família, no período pós-parto.

Uma breve visita domiciliária ou um telefonema, pelo menos uma vez por semana, até a mulher realizar a consulta de revisão do puerpério, podem salvar a vida da mãe e do filho. A supervisão da puérpera com problemas emocionais pode ser de primordial importância. Uma vez que a depressão pode interferir drasticamente com a função materna, a família e os amigos poderão ter que ajudar e o enfermeiro deverá trabalhar com eles para assegurar a supervisão correta da mulher e a compreensão que têm da sua doença mental (Lowdermilk & Perry, 2008).

No que concerne à visita domiciliária, embora não haja consenso relativamente à sua eficácia, pode trazer benefícios, pois permite prestar cuidados de enfermagem diretamente ao indivíduo e família como um todo, no seu próprio ambiente tendo em vista o grau mais elevado possível de saúde. A visita domiciliária apresenta variadas vantagens entre elas destacam-se: identificar os recursos e problemas da família e identificar as necessidades do cliente no seu meio.

A relação interpessoal estabelecida entre o EESMO e a puérpera/família é fundamental, no âmbito da prestação de cuidados, no processo de transição para a parentalidade. Entendendo a pessoa/puérpera, enquanto ser único, indivisível, social, emocional, espiritual, cujo comportamento se baseia nas crenças e valores do contexto social onde se insere, a relação criada entre o enfermeiro e a puérpera/família deve ser erigida tendo presente estes princípios. Desta forma, o EESMO será capaz de melhor compreender a puérpera, e com maior facilidade, estabelecer uma relação de confiança e proximidade, de modo a possibilitar a identificação de necessidades, o planeamento de cuidados e a intervenção efetiva.

Para avaliar a adaptação da puérpera ao seu novo papel de mãe é fundamental a avaliação das condições psicossociais através da observação da interação com o bebé, do conhecimento do desempenho das

responsabilidades diárias, do impacto do nascimento do bebê, do reinício das atividades sociais e da autoestima. Muitos pais apresentam dificuldades na interação com o seu filho nos primeiros dias de vida até que as suas competências sejam estabelecidas. No processo de adaptação, uma avaliação não menos importante, diz respeito à imagem corporal e sexualidade da puérpera, pois a forma como se sente em relação a si própria e ao seu corpo, pode influenciar o seu comportamento e a adaptação à maternidade.

A detecção das necessidades psicossociais da puérpera, para além de permitir direccionar intervenções específicas, poderá fomentar a relação de confiança estabelecida e aumentar o conhecimento relativo de potenciais indícios de DPP, o que associado a uma relação de disponibilidade e proximidade facilita a transição/adaptação a uma nova fase da vida, que por sua vez, facilita o processo de compreensão do estado de saúde mental da puérpera. Assim deverá incentivar a puérpera a expressar os seus sentimentos e preocupações relativas à experiência da maternidade.

Não menos importante, a integrar na avaliação da adaptação psicossocial da puérpera, é o conhecimento da dinâmica familiar.

As mudanças ocorridas durante os períodos de nascimento e puerpério podem interferir significativamente na dinâmica familiar. A formação de uma rede de apoio pelo grupo familiar pode ser extremamente benéfica, tanto para a puérpera quanto para os demais membros que vivenciam de forma mais próxima o nascimento da criança (Martins *et al.*, 2008). É importante compreender a saúde a partir das relações entre os membros da família, sua estrutura e sua dinâmica, fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores na determinação da saúde de seus membros. Os papéis familiares são constituídos a partir da função de cada membro, de acordo com a posição que ocupa nos subsistemas conjugal, parental, fraterno e filial. Desse modo a integração familiar possibilita atuação grupal para fins comuns, cujo intuito é promover o desenvolvimento saudável dos membros familiares. Ou seja, quando cada membro conhece e desempenha seu papel específico, a família torna-se facilitadora de saúde física e emocional de seus membros (Féres-Carneiro, 1992). Neste contexto, se entende que às famílias serve a função de demonstrar competências na prestação de

cuidados básicos ao recém-nascido e à puérpera, desenvolvimento de estratégias para a manutenção do funcionamento familiar, de acordo com a sua cultura e expectativas pessoais e por último devem evidenciar uma adaptação saudável. Não existem dúvidas quanto à importância de perspetivar a família como unidade central dos cuidados de enfermagem. O papel do EESMO passa não só por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar, mas também ajudar e colaborar com a família no planeamento e implementação de intervenções que reduzam os efeitos stressantes da mudança, que garantam a segurança do bebé e da puérpera e que possam prestar todo o apoio que a díade necessitar.

A hospitalização psiquiátrica pode ser necessária se a necessidade de segurança da mãe e dos filhos estiver ameaçada.

Quando suspeita de agressão, o enfermeiro pergunta “Tem pensado em auto-agressão?” Se suspeita de alucinações relativamente ao bebé, a pergunta é “Tem pensado em fazer mal ao bebé?” Existem quatro critérios de medida para avaliar a gravidade de um plano suicida: método, disponibilidade, especificidade e letalidade. A mulher tem um plano específico? Esse método está disponível? Quão específico é o plano? Se o método é concreto, detalhado e facilmente acessível, o risco de suicídio aumenta. Quão letal é o método? O mais letal é o tiro, seguido do enforcamento. O menos letal é cortar os punhos. O consumo de doses elevadas de medicamentos também pode ser usado para conduzir à morte. Os pensamentos suicidas ou as tentativas de suicídio são dos sintomas mais graves de DPP e requerem avaliação e intervenção imediata. Se uma mulher com DPP estiver com ideação suicida ativa ou com alucinações de causar dano ao filho e não pretende ser tratada, pode ser necessário intervir legalmente levando à sua hospitalização compulsiva.

Em ambiente hospitalar, o reencontro do bebé com a mãe pode ocorrer ao ritmo desta, sendo estabelecido um horário para aumentar o número de horas em que a mãe cuida do filho ao longo de vários dias, culminando com o bebé a passar a noite com a mãe. Isto permite à mulher vivenciar e satisfazer as necessidades do bebé, abdicando de dormir por ele, situação que é difícil para as jovens mães, mesmo nas condições ideais. A

capacidade da mãe para ter alta e cuidar do filho é avaliada, assim como são supervisionadas e guiadas as suas interações com ele, devem também ser observados os sinais de vinculação ao filho, através de comportamentos como o contacto visual, contacto físico (pegar ao colo, tocar, mimar e falar com o bebé chamando-o pelo nome) e início dos cuidados necessários. Um membro da equipa é responsável por vigiar constantemente o bebé. O ensino indireto, o elogio e o encorajamento ajudam a reforçar a autoestima e a autoconfiança da mulher (Lowdermilk & Perry, 2008).

O momento do parto representa igualmente uma altura em que a atuação do EESMO é determinante e, segundo alguns estudos, altura em que as grávidas privilegiam aspetos como a competência e a empatia. Neste contexto, Chien & Chan (2003) concluíram que as grávidas chinesas apresentam como principais mecanismos de suporte o respetivo companheiro, assim como as enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto e parto, sendo que estes dois fatores emergiram como aspetos importantes na prevenção da depressão pós-parto. Corroborando a relevância dos cuidados prestados no momento do parto e tentando entender a sua relação com a DPP, Cryan *et al.* (2003), num estudo que realizaram em 326 puérperas finlandesas, constataram que quanto maior era o seu grau de satisfação com os cuidados prestados durante o parto, menor era o seu risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. Muitas vezes, o momento do parto é revelador (no sentido em que se verifica que algo poderá não estar bem), mediante o comportamento da gestante em relação ao parto e/ou em relação ao primeiro momento com o seu filho.

No puerpério, tratando-se de uma fase propensa a crises emocionais, com alterações e *stress* fisiológico e psicológico significativos, com a fadiga, o desconforto físico, o estabelecimento da lactação, a in experiência em cuidar do filho, as alterações da rotina diária, entre outros fatores de mudança, o EESMO auxilia a puérpera a vivenciar e perspetivar as novas adaptações. Para além dos cuidados relativos à vigilância, proporciona todos os cuidados referentes ao acolhimento e restabelecimento, bem como se disponibiliza para o esclarecimento de dúvidas e partilha de receios ou sentimentos.

Podem também ser realizados cursos de recuperação pós-parto, que permitem às puérperas reencontrarem as outras mães com quem

frequentaram os cursos de preparação para o parto e aliaram simultaneamente ao exercício para recuperação física, o convívio. Nestes cursos trabalha-se algo mais importante que o próprio corpo, que é a convivência que permite às puérperas trocas de experiências, permitindo-lhes expressarem as suas emoções e sentimentos, esclarecerem dúvidas e socializarem com alguém para além do bebé e família. Estes cursos de recuperação pós-parto através da partilha de experiências constituem uma importante rede de apoio à amamentação e um importante fator para a diminuição do aparecimento da depressão pós-parto (Rodrigues, 2012).

Com o propósito de analisar o papel do EESMO na prevenção da depressão pós-parto, Rodrigues (2012) realizou um estudo qualitativo, recorrendo a uma amostra estratificada de 8 puérperas com risco de depressão pós-parto. Numa primeira fase, utilizou como instrumento a Escala de Edimburgo em 60 puérperas do distrito de Beja para identificar o risco de depressão pós-parto. Posteriormente foi construído um guião de entrevista de 12 questões, organizadas segundo os fatores de depressão pós-parto mais referenciados na literatura, como forma de estudar de que forma o papel do enfermeiro poderia influenciar esses mesmo fatores. Os resultados revelaram que o papel do EESMO teve uma forte influência na prevenção da depressão pós-parto, através do apoio prestado quer durante a gravidez, quer durante o parto e puerpério (Rodrigues, 2012).

4.5 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Dada a ampla extensão e abrangência da revisão integrativa conduzida neste estudo, os seus resultados serão discutidos de forma generalizada, relevando os aspetos que maior contribuição poderão prestar, quer para a prática clínica, quer para a investigação em enfermagem.

O EESMO ocupa uma posição privilegiada na identificação da DPP, dado tratar-se do profissional que mais diretamente e durante mais tempo contacta com a puérpera. É imprescindível, ainda durante a gravidez, alertar as futuras mães sobre a possível ocorrência desta perturbação

psicopatológica, de forma a fazer-se um diagnóstico mais rápido e preciso e dar apoio precocemente. Esta consciencialização torna-se importante se se considerar que cerca de 50% das puérperas com depressão pós-parto tem tendência a recusar o apoio especializado uma vez que consideram que não possuem nenhum distúrbio psicológico com necessidade de intervenção, que muitas vezes é suportada pelo facto da depressão pós-parto ocorrer em mulheres sem história psiquiátrica prévia, o que dissimula os sintomas e aumenta a dificuldade da própria puérpera perceber que algo está errado (Rodrigues, 2012). Também no puerpério, a maioria das novas mães interagem com estes enfermeiros. Por conseguinte, é importante que os mesmos detenham um bom entendimento da DPP e da psicose puerperal, a fim de proporcionar o melhor cuidado possível às mulheres que experimentam esses transtornos.

De acordo com Horowitz & Goodman (2004), os enfermeiros estão bem posicionados para fornecer orientações sobre a DPP, detetar a presença de sintomas e ajudar as mulheres a obter uma avaliação de saúde mental e tratamento adequados.

Poder-se-ia acrescentar ou complementar, afirmando que os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, dada a especificidade das suas competências e a proximidade experimentada nos programas de assistência às gestantes e puérperas, assumem um papel crucial na identificação precoce, acompanhamento, encaminhamento e tratamento de distúrbios de humor pós-parto. Estes profissionais podem proporcionar informação e educação no sentido de prevenir os efeitos da DPP, antes que estes surjam, podendo reduzir ou tratar sintomas, e reconhecendo quando são necessárias intervenções adicionais.

O enfermeiro que presta cuidados às puérperas pode aconselhar mães deprimidas em relação a opções de tratamento, formulando recomendações adequadas, fornecendo referências oportunas e acessíveis, e incentivando um tratamento efetivo (Horowitz & Goodman, 2004).

Não menos relevante, é o papel assumido pelo EESMO na educação. Quanto mais informada estiver a grávida sobre aquilo que acontecerá no pós-parto, menos insegura e ansiosa se sentirá e mais preparada se encontrará nessa fase de tão profundos reajustes fisiológicos e emocionais.

A visita domiciliária constitui assim o instrumento mais indicado para conseguir avaliar as necessidades do indivíduo e família no domicílio, podendo revelar-se como um momento privilegiado para a deteção ou despiste de grávidas em risco de desenvolverem patologias de humor, dando a possibilidade de se intervir de forma precoce (Tavares & Botelho, 2009).

Estes enfermeiros têm oportunidade e responsabilidade de ajudar as mulheres a compreender os fatores de risco da DPP e motivá-las a ter mais conhecimento sobre a doença. Adicionalmente, considera-se que a preparação para a parentalidade é de grande utilidade para a puérpera pois permite a aquisição de conhecimentos, competências, segurança e confiança, através da informação, do ensino, instrução e treino, contribuindo desta forma para a redução dos níveis de ansiedade característicos do puerpério. Em todo este processo, o acompanhamento prestado pelo EESMO pode representar um importante contributo para melhorar a qualidade de vida da puérpera, da criança e toda a família.

A prevenção precoce, por meio de ações e intervenções integradas que tenham em conta as variáveis associadas à depressão, pode impedir as mães de desenvolverem DPP e pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. Uma vez que o desenvolvimento de medidas efetivas para a prevenção desta patologia, é a melhor política de saúde pública para a redução da sua incidência, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é o profissional que se encontra em melhores condições para prevenir o aparecimento desta patologia, pois é ele quem possui o conhecimento necessário para a criação de programas preventivos na rede pública voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva no geral. Por outro lado, também é este profissional que se constitui como uma peça chave para o despiste e para a prevenção da DPP que se irá traduzir no exercício materno saudável. Salvaguarde-se, porém, que para que isso seja possível há que saber reconhecer os fatores de risco para o desenvolvimento da DPP, de forma a que o planeamento e a implementação de ações preventivas possam ser uma realidade, sinónimo de uma melhor assistência ao nível dos cuidados de saúde. Assim sendo, a deteção das grávidas em risco no período pré-natal com os instrumentos

existentes, como seja a Escala de Edimburgo, poderá ser uma medida recomendada a integrar as consultas de vigilância pré-natal (Tavares & Botelho, 2009).

Considerando o exposto, talvez a prioridade deva ser dada a um nível estratégico mobilizador de recursos que valorizem a saúde mental perinatal, incorporando novas políticas de saúde pública capazes de garantir avaliações psicossociais, em mulheres vulneráveis, segundo modelos de atenção integrada.

A prevenção, deteção e tratamento da condição da DPP são cruciais, tendo em conta os reais benefícios para o indivíduo, a família e a comunidade. Neste contexto, o papel desempenhado pelo EESMO assume relevância por contribuir para a deteção precoce da DPP, atuando no sentido da promoção da saúde da mulher, com aconselhamento, informação e educação. Esta revisão integrativa foi realizada tendo por base a análise de diversos estudos científicos, veiculando uma compreensão mais ampla sobre a DPP e as intervenções do EESMO na sua deteção precoce, bem como a relevância da sua atuação.

O maior entendimento da temática, propiciado pela revisão integrativa, aliado à atenta observação da forma como a problemática foi vivenciada em contexto real, estiveram na base da criação de uma proposta de algoritmo para a intervenção do EESMO na deteção precoce da DPP (apresentado em 4.6). Durante o período de estágio, não foi observada uma rotina de inclusão de instrumentos de rastreio, de deteção de DPP, como por exemplo, as escalas. Não questionando a formação especializada dos profissionais em apreço, julgou-se pertinente a criação de um algoritmo, assente na utilização de uma escala específica para a DPP (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo), contribuindo assim para a uniformização criteriosa de práticas do EESMO neste âmbito.

4.6 PROPOSTA DE ALGORITMO PARA A INTERVENÇÃO DO EESMO NA DETECÇÃO PRECOCE DA DPP

Mediante a importância da identificação precoce da DPP e considerando o EESMO como corresponsável pelo acolhimento e encaminhamento da puérpera, poderá questionar-se: Qual a atuação do EESMO perante um eventual quadro de depressão puerperal? Como se processa o rastreio da DPP? Em que situações o EESMO deverá encaminhar a puérpera para o Serviço de Psiquiatria?

Na tentativa de objetivar a resposta a estas e outras questões, elaborámos uma proposta de algoritmo para a intervenção do EESMO na deteção precoce de DPP (Fig. 3), aplicando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS), enquanto instrumento facilitador da deteção de DPP. Como referencial teórico foi considerado o contributo dos autores referenciados na revisão integrativa.

O objetivo da elaboração do algoritmo foi a operacionalização e uniformização da atuação do EESMO perante quadros de puérperas (potencialmente) deprimidas.

PROPOSTA DE ALGORITMO PARA A INTERVENÇÃO DO EESMO NA DETECÇÃO PRECOCE DE DPP

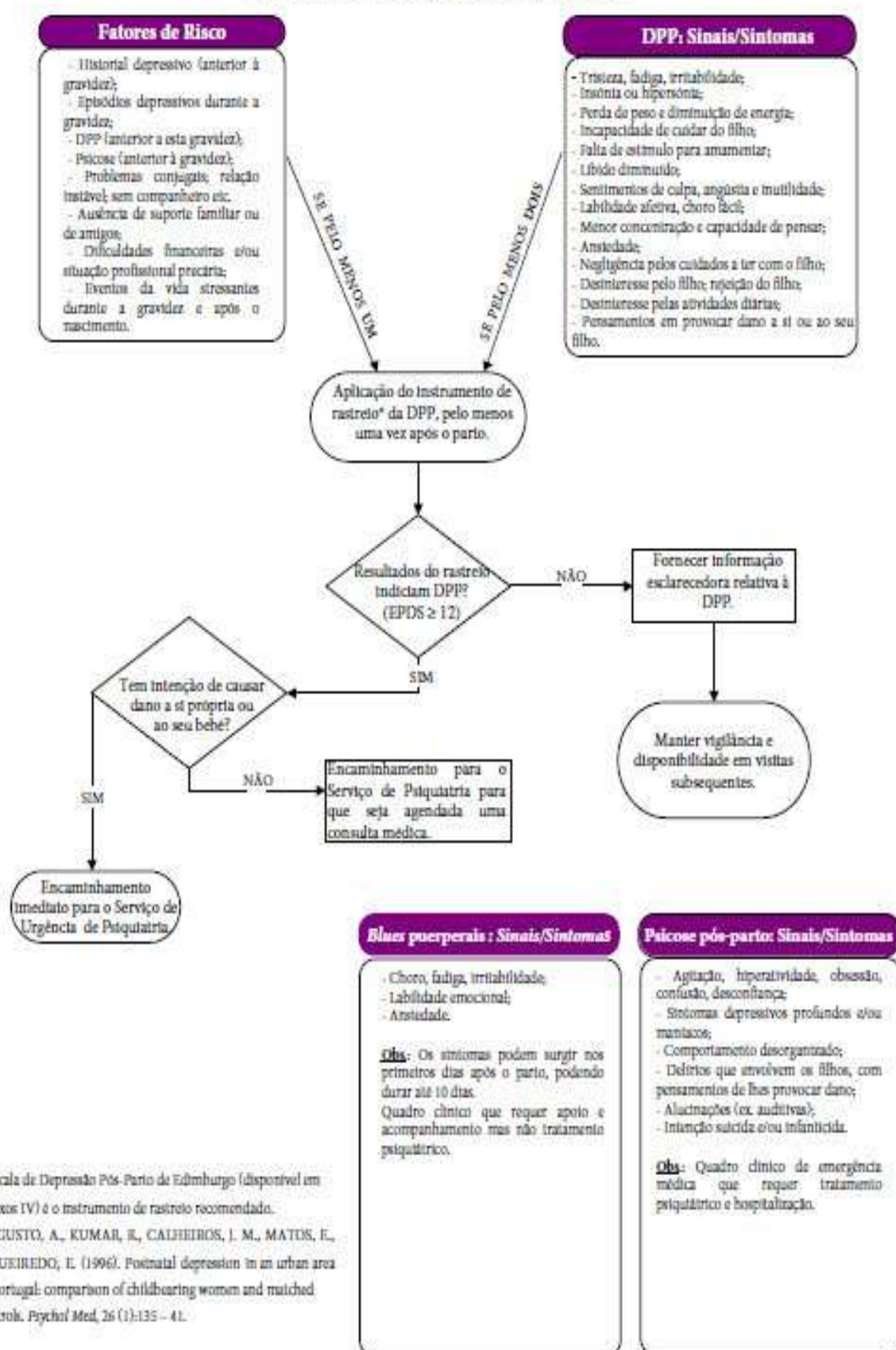


Fig. 3 - Proposta de algoritmo para a intervenção do EESMO na detecção precoce de DPP.

Em resposta à questão norteadora da revisão integrativa, esta foi a proposta de algoritmo para a intervenção do EESMO na detecção precoce da DPP, cuja implementação se auspícia possível, ainda que a título experimental.

5. CONTRIBUTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E PESSOAL

Na tentativa de estabelecer um exercício analítico retrospectivo, desde logo importa reconhecer a importância da forma acolhedora com que foi recebida por toda a equipa e a forma como foi orientada nas diversas atividades, valorizou sempre os aspetos positivos e corrigiu outros com assertividade; forneceu todo o apoio necessário e, essencialmente, promoveu a sua autonomia a cada dia que passava. Exerceu por isso um papel muito importante neste estágio, enriquecendo o domínio profissional e pessoal.

Do período de estágio, enfatizamos a valorização da qualidade da relação interpessoal estabelecida entre o EESMO e a utente, a quem presta cuidados especializados e com quem mantém uma relação empática de forma a inspirar confiança. Estamos convictos que é através do reconhecimento do valor dessa relação que acresce confiança e prestígio ao trabalho desenvolvido e se renova a motivação para um desempenho profissional cada vez mais profícuo.

Por outro lado, a promoção de vínculos entre a tríade pai, mãe e recém-nascido, francamente observada ao longo do estágio, demonstrou a abrangência da intervenção do EESMO, nomeadamente providenciando cuidados especializados inerentes ao suporte de cuidados face ao processo de maternidade e exercício da parentalidade. Tal realidade reiterou a importância da “escuta ativa”, da atenção constante às necessidades da utente, sejam elas de foro fisiológico, psicológico, emocional, cultural e/ou social. Neste contexto foi problematizada a intervenção do EESMO na deteção precoce da DPP, ou seja, a partir da análise e reflexão de situações reais, promoveu a deteção e recontextualização de conhecimentos anteriormente adquiridos.

A realização do estágio contribuiu para consolidar e transpor para a prática um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, bem como para potenciar a reflexão, enquanto estratégia para o desenvolvimento das

suas competências e para o seu desenvolvimento pessoal. Desta forma, embora possuísse já experiência e formação no âmbito da especialidade Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, sentiu, por diversas vezes, a necessidade de reconstruir cenários de intervenções numa perspetiva retrospectiva, analisá-los e, se necessário, modificá-los.

Neste sentido, foi atuando na construção da sua identidade profissional, que lhe parecia ditar, que mais do que acumular experiência, importe talvez reinterpretar a experiência acumulada.

A par da relevância do domínio das competências da prática profissional, de índole técnica, pôde reiterar a importância que, na prestação e gestão de cuidados, assume a capacidade para orientar situações de caráter imprevisível, em contextos de natureza interativa e em constante mutação, que exigem adaptação, equilíbrio e bom senso.

Pese embora se considere que alguns aspetos da prática profissional necessitem de alguma maturidade para serem desenvolvidos na sua globalidade, nomeadamente as questões éticas e deontológicas, este estágio acrescentou igualmente valores nesse âmbito. Desde logo, as responsabilidades para com o outro, e mais especificamente, para com o outro com necessidades de ajuda, para com a mulher, encarada enquanto sujeito único, individual, com voz e direitos, a saber ouvir e respeitar, confirmando a abordagem holística do indivíduo pretendida pela Enfermagem.

Considera-se que a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EESMO, inerentes a este percurso formativo, com repercussões no âmbito dos cuidados especializados à mulher durante gravidez, trabalho de parto e pós-parto, foram atingidos, sentindo-se capaz de integrar ativa e responsabilmente uma equipa de enfermagem enquanto EESMO.

De acordo com o estipulado no plano de estudos e os objetivos inicialmente traçados para este estágio profissionalizante, julgam-se cumpridos os propósitos da sua realização.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio representou um importante desafio no seu percurso formativo, pelos seus contornos distintos, daqueles até então experienciados. Pela dinâmica de trabalho, dotada de uma organização específica e gestão cuidada, e pelas privilegiadas oportunidades formativas que proporcionou. Colocando à prova a verdadeira capacidade para lidar com as mais distintas situações, testando e mobilizando conhecimentos, capacidade de raciocínio e dificuldades, assim se foram exercitando as competências que de um EESMO se exigem.

A possibilidade de problematizar e proceder à revisão integrativa de uma temática passível de ocorrência em contexto de cuidados à puérpera, ampliou o seu entendimento, a par das aprendizagens significativas e operacionalização nas práticas subsequentes.

Tratando-se a DPP uma patologia decorrente em período particularmente instável e sensível para a mulher, torna-se necessário um conhecimento aprofundado da problemática por parte do EESMO, fator essencial na determinação do limiar entre a saúde e a doença. Tal necessidade decorre do facto de se tratar do profissional que mais proximamente acompanha a mulher durante o puerpério, altura em que poderá detetar sinais e/ou sintomas de DPP.

Neste sentido, considera-se vantajosa a utilidade do algoritmo construído, já que tende a uniformizar as medidas de atuação destes profissionais, concretizando um plano de ação prático e de simples implementação.

A ocorrência de DPP aponta para a importância da intervenção do EESMO, particularmente no âmbito da saúde puerperal, mas em geral, na saúde da mulher. O estado de saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal pressupõe uma compreensão holística integrada que abarca desde a sexualidade e reprodução humana, a contexto socioeconómico, cultural e papel social da mulher. Neste último, reconhecem-se os novos desafios propostos à mulher perante uma nova realidade repleta de novas

adaptações e reajustamentos intrapsíquicos, interpessoais e de mudança da identidade feminina. A intervenção do EESMO na identificação precoce e/ou encaminhamento de puérperas com alguma predisposição depressiva, enfatiza a necessidade de atender às necessidades psicológicas da mulher.

Em jeito conclusivo, assume-se que a realização deste estágio profissionalizante, veiculada por uma opção metodológica que privilegiou a ação reflexiva, consubstanciou um notável e construtivo crescimento, numa perspetiva de desenvolvimento profissional e pessoal.

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Text Revision (4th ed.). Washington, DC: Author.

AREIAS, M. E, KUMAR, R., BARROS, H., FIGUEIREDO, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *BJP*, 169: 30 – 35.

AUGUSTO, A., KUMAR, R., CALHEIROS, J. M., MATOS, E., FIGUEIREDO, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*, 26 (1):135 – 41.

AUSTIN, M. P., HADZI-PAVLOVIC, D., SAINT, K., PARKER, G. (2005). Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*, 112 (4): 310 – 317.

AZEVEDO, K. R. & ARRAIS, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2): 269 – 276.

BECK, C. T. (1998). A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 27 (1): 39 – 4.

BECK, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*, 50 (5): 275 – 85.

BECK, C. T. & GABLE, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 49 (5): 272 – 282.

BOWLBY, J. (1988). *A secure base: parent - child attachment and healthy human development*. New york: Basic books.

BOYCE, P. & HICKEY, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40 (8): 605 – 612.

BROCKINGTON, I. (1996). *Motherhood and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press, pp.135-199.

BROCKINGTON, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363 (9405): 303 – 10.

BROWN, C. (2001). Depression and anxiety disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 28 (2): 241 – 268.

CAMPBELL, S. B., BROWNELL, C. A., HUNGERFORD, A., SPIEKER, S. J., MOHAN, R., BLESSING, J. S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16: 231 – 252.

CANTILINO, A. (2003). *Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Screening Scale na população brasileira*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

CE – CONSELHO DE ENFERMAGEM (2010). Parecer 275/2010 – Realização de Cardiotocografia. Conselho de Enfermagem.

CEPÊDA, T., BRITO, I., HEITOR, M. J. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de Orientação para profissionais de saúde*. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

CHANG, J., ELAM-EVANS, L., BERG, C., HERNDON, J., FLOWERS, L., SEED, K., SYVERSON, C. (2003). Pregnancy related mortality surveillance – United States, 1991 – 1999. *Morbidity & Mortality Weekly Report Surveillance Summary*, 52(SS-2): 1 – 8.

CHAUDRON, L. H; PIES, R. W. (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*, 64 (11): 1284 – 1292.

CHIEN, W. & CHAN, C. (2003). Childbirth expectations of Chinese first- time pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2): 151 – 158.

COOPER, J. P., & MURRAY, L. (1997). Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood*, 77: 97 – 99.

CORREIA, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em cuidados intensivos*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Universidade de Lisboa.

COSTA, R., PACHECO, A., FIGUEIREDO, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após parto. *Rev. Psiq. Clín* 34 (4): 157 – 165.

COWEN, E., & DURLAK, J. (2000). Social policy and prevention in mental health. *Development and Psychopathology*, 12: 815 – 834.

COX, J. L., HOLDEN, J., SAGOVSKY, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psych*, 150: 782 – 786.

CRYEN, E., KEOGH, F., CONNOLLY, E., CODY, S., QUINLAN, A., DALY, I. (2003). Depressão Pós- parto. *Jornal de Psicologia Médica*, 18 (1): 5 – 10.

CUNNINGHAM, F., LEVENO, K., BLOOM, S., HAUTH, J., GILSTRAP, L., WENSTROM, K. (2005). *Williams obstetrics*. 22nd Ed. New York: McGraw-Hill.

DAWSON, G., ASHMAN, S., CARVER, L. (2000). The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Development and Psychopathology*, 12: 695 – 712.

DENNIS, C. L. (2009). Preventing and treating postnatal depression. Comprehensive screening programmes and better organization of care are key. *British Medical Journal*, 338: a2975.

DICENSO, A., GUYATT, G., CILISKA, D. (2005). *Evidence-based nursing – a guide to clinical practice*. St. Louis: Elsevier Mosby.

DOUCET, S., DENNIS, C. L., LETOURNEAU, N., BLACKMORE, E. R. (2009). Differentiation and Clinical Implications of Postpartum Depression and Postpartum Psychosis. *JOGNN*, 38: 269 – 279.

EPPERSON, C. N. (1999). Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician*, 59 (8): 2247 – 2254.

ESEP – ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (2012). *Guia de Estágio Profissionalizante*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 2^o Ano, 2012/2013. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

ESEP – ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (2010). *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. Escola Superior de Enfermagem do Porto

ECDCDM – EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS (2003). Follow-up report on the diagnosis of the diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26 (11): 3160 – 3167.

FERBER, S. G., FELDMAN, R., MAKHOUL, I. R. (2008). The development of maternal touch across the first year of life. *Early Human Development*, 84: 363 – 370.

FÉRES-CARNEIRO, T. (1992). Família e saúde mental. *Psic.: Teor e Pesq*, 8:485 – 93.

FERGERSON, S. S., JAMIESON, D. J., LINDSAY, M. (2002). Diagnosing postpartum depression: can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 186 (5): 899 – 902.

FIELD, T. (1997). The treatment of depressed mothers and their infants. (1997). In Murray, L., & Cooper, P. (Orgs.). *Postpartum depression and child development* (pp. 221-236). New York: Guilford.

FIELD, T. (2010). Postpartum Depression Effects on Early Interactions, Parenting, and Safety Practices: A Review. *Infant Behav Dev*, 33 (1): 1.

GAYNES, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., Miller, W. C. (2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment*, 119. AHRQ Publication No. 05.

GILBERT, E. & HARMON, J. (2003). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. 3rd Ed. St. Louis: Mosby.

GLAVIN, K., CASTILLO, M. G. R. (Ed.) (2012). *Screening and Prevention of Postnatal Depression, Perinatal Depression*. InTech.

HARRIS, B. (2002). Postpartum depression. *Psychiatric Annals*, 32 (7): 405 – 415.

HENDRICK, V., ALTSHULER, L., STROUSE, T., GROSSER, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety*, 11 (2): 66 – 72.

HENTEL, A., BEEBE, B., JAFFE, J. (2000). *Maternal depression at 6 weeks is associated with infant self-comfort at 4 months*. Poster presented at the International Conference on Infant Studies; July; Brighton.

HERRERA, E., REISSLAND, N., SHEPHERD, J. (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, 81: 29 – 39.

HOROWITZ, J. A. & Cousins, A. (2006). Postpartum depression treatment rates for at-risk women. *Nursing Research*, 55: 23 – 27.

JABLENSKY, A. V., MORGAN, V., ZUBRICK, S. R., BOWER, C., YELLACHICH, L. A. (2005). Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry*, 162 (1): 79 – 91.

JOSEFSSON, A., BERG, G., NORDIN, C., SYDSJÖ, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80 (3): 251 – 255.

KIMURA, A. F. (1997). A construção da personagem mãe: considerações teóricas sobre identidade e papel materno. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31 (2): 339 – 343.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H., KLAUS, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

LE BOTERF, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

LAWRIE, T.A., HOFMEYR, G. J., De JAGER, M., BERK, M., PAIKER, J., VILJOEN, E. (1998). A double-blind randomize placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: The effect on postnatal depression and serum hormones. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105: 1082 – 1090.

LLORENTE, A. M., JENSEN, C. L. Jensen, VOIGT, R.G., FRALEY, J. K., BERRETTA, M. C., HEIRD, W. C. (2003). Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and information processing. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188: 1348 – 1353.

LOVEJOY, M. C., GRACZYK, P. A., O'HARE, E., NEUMAN, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta- analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20: 561 – 592.

LOWDERMILK, D. L. & JENSEN, M. D. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Quarta Edição. Loures: Lusociência.

LOWDERMILK, D. L. & PERRY, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Sétima Edição. Lusodidacta.

MALPHURS, J. E., RAAG, T., FIELD, T., PICKENS, J., PELAEZ-NOGUERAS, M. (1995). Touch by intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Early Development and Parenting*, 5: 111 – 115.

MCEESMO – MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA (2010). *Parecer nº 03/2010 – Por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.

MCLEARN, K. T., MINKOVITZ, C. S., STROBINO, D. M., MARKS, E., HOU, W. (2006). Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 16: 279 – 284.

MILGRON, J., & MCCLOUD, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12 (3): 177 – 186.

MILLER, L. J. & LaRusso, E. M. (2011). Preventing Postpartum Depression. *Psychiatr Clin N Am*, 34: 53 – 65.

OE – ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

OE – ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

O' HARA, M. W. & SWAIN, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1): 37 – 54.

O' HARA, M. W. & MCCABE, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*, 9: 379 – 407.

OMS - Organización Mundial de la Salud (2001). *Salude mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Informe sobre la salud en el mundo Ginebra: OMS [Disponível online em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf, acessado em novembro de 2013].

PAIVA, K. C. M. & MELO, M. C. O. L. (2008). Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. *Rev. Adm. Contemp.*, 12 (2). Curitiba.

PEREIRA, R. P. G, CARDOSO, M. J. S. P. O, MARTINS, M. A. C. S. C (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Rev. Enf. Ref.*, III (7). Coimbra.

PERRENOUD, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed Editora.

RADKE-YARROW, M. (1998). *Children of depressed mothers: from early childhood to maturity*. New York: Cambridge University Press.

ROBERTSON, E., GRACE, S., WALLINGTON, T., STEWART, T. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*, 26: 289 – 95.

RODRIGUES, C. (2012). A depressão pós- parto: Papel do EESMO na sua prevenção. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12: 51 – 57.

ROSS, L., DENNIS, C. L., ROBERTSON, E. B., STEWART, D. (2005). *Postpartum depression: A guide for front-line health and social service providers*. Toronto, ON, Canada: Center for Addiction and Mental Health.

SADAT, Z., ATRIAN, M. K., ALAVI, N. M., ABBASZADEH, F., KARIMIAN, Z., TAHERIAN, A. (2014). Effect of mode of delivery on postpartum depression in Iranian women. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 40 (1): 172 –177.

SCHERMANN, L. & BRUM, E. H. M. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico Porto Alegre*, 37(2): 151–158.

SCHMIDT, E. B., PICCOLOTO, N. M., MÜLLER, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10 (1): 61 – 68.

SCHWENGBER, D. & PICCININI, C. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8 (3): 403 – 411.

SENG, J. S., OAKLEY, D. J., SAMPSELLE, C. M., KILLION, C., GRAHAM-BERMANN, S., LEBERZON, I. (2001). Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstet Gynecol.* 97 (1): 17 – 22.

SILVA, E. T. & BOTTI N. C. L. (2005). Depressão puerperal – uma revisão

de literatura. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, 7 (2): 231– 238.

SOCKOL, L. E., EPPERSON, C. N., BARBER, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review*, 31: 839 – 84.

SOUSA, S. G. (2012). *Depressão Pós-parto: estudo de prevalência e detecção de fatores de risco*. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior.

STERN, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

STEWART, D. E., ROBERTSON, E., DENNIS, C. L., GRACE, S. L., WALLINGTON, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. University Health Network Women's Health Program.

SZIGETHY, E. M. & RUIZ, P. (2001). Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *Am J Psychiatry*, 158 (1): 22 – 27.

TAVARES, M. & BOTELHO, M. (2009). Prevenir a Depressão Pós-Parto: Uma análise ao conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*, 13 (2): 19 – 29.

TRONICK, E. Z. & WEINBERG, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In Murray, L. & Cooper, P. J. *Postpartum depression and child development*, (pp. 3-31). New York: Guilford.

WEISSMAN, M. & OLFSON, M. M. (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269 (5225): 799 – 801.

WICKBERG, B. & HWANG, C. P. (2003). Post partum depression – nedstämmhet och depression i samband med barnefödande. [Post-partum depression – dejection and depression associated with childbirth], *Statens folkhälsoinstitut*, 2003:59 (in Swedish).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.

WITTEMORE, R., KNAFL, K. (2005). The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5): 546 – 553.

ZAGONEL, I. P. S., MARTINS, M., PEREIRA, K. F., ATHAYDE, J. (2003). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Rev Eletr Enf*, 5 (2):24 – 32.

ZANOTTI, D. V., SAITO, K. C., RODRIGUES, M. D., OTONI, M. A. P. (2003). Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Nursing*, 61 (6): 36 – 42.

ZINGA, D., PHILLIPS, S. D., BORN, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr*. 27 (II): S56 – 64.

ANEXOS

ANEXO I

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Ginecológica



REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 11/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS



REGULAMENTO

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusico; 6. Ginecologia - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade – assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESP _____
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**Artigo 1º
Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

**Artigo 2º
Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica íntegra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

**Artigo 3º
Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

**Artigo 4º
*Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna,
obstétrica e ginecológica***

1. As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:
 - a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
 - b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
 - c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
 - d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
 - e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
 - f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I)

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica realizada no dia 11 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Enf.ª Irene Cerejeira



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

ANEXO I

1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional. H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional. H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliaÇão
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no �mbito da saúde pr�-natal, facultando informação � grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e interven��es de promoção da saúde mental na viv�ncia da gravidez H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários � detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios � gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para �m da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para �m da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para �m da sua área de actuação
H2.3. Providencia cuidados � mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida � mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções � mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina	H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. H3.1.1. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H3.1.1. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto. H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto	H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina. H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o o período pós-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade:

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.:

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovária, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação	H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.
---	---

7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:

Unidades de competência	Critérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

ANEXO II

Partos realizados e participados no estágio

ANEXOS II

DATA	PARTURIENTES		PARTOS EXECUTADOS		PARTOS PARTICIPADOS	
	RISCO	NORMAIS	COM EPISIOTOMIA	SEM EPISIOTOMIA	PÉLVICOS	CEFÁLICOS
10.12.2012		x		x		
11.12.2012		x		x		
14.12.2012		x	x			
14.12.2012		x				x
15.12.2012		x				x
15.12.2012		x		x		
18.12.2012		x	x			
18.12.2012		x		x		
18.12.2012		x	x			
18.12.2012		x	x			
21.12.2012		x	x			
21.12.2012		x	x			
04.01.2013		x				x
04.01.2013		x		x		
07.01.2013		x	x			
07.01.2013		x				
07.01.2013		x				
09.01.2013		x				
11.01.2013		x				
11.01.2013		x				
11.01.2013		x				x
14.01.2013		x				
14.01.2013		x				
15.01.2013	x					
15.01.2013		x				
15.01.2013		x				
15.01.2013		x				
20.01.2013		x	x			
21.01.2013	x					
21.01.2013		x				
23.01.2013		x				
23.01.2013		x				
26.01.2013		x				
26.01.2013		x	x			
26.01.2013		x	x			
26.01.2013		x	x			
29.01.2013		x				
29.01.2013		x		x		
31.01.2013	x					
31.01.2013		x				
01.02.2013		x				
01.02.2013		x				
01.02.2012		x	x			
01.02.2013		x				
01.02.2013		x				
01.02.2013		x				x
01.02.2013		x				
02.02.2013		x				
02.02.2013		x				
02.02.2013		x		x		
02.02.2013		x				
05.02.2013		x				
05.02.2013		x				

ANEXOS II

DATA	PARTURIENTES		PARTOS EXECUTADOS		PARTOS PARTICIPADOS	
	RISCO	NORMAIS	COM	SEM	PÉLVICOS	CEFÁLICOS
			EPISIOTOMIA	EPISIOTOMIA		
05.02.2013		x				x
05.02.2013		x				
06.02.2013		x				
06.02.2013		x		x		
07.02.2013		x				
07.02.2013		x				
08.02.2013		x				
08.02.2013		x				
12.02.2013		x				
12.02.2013		x		x		
12.02.2013		x				
12.02.2013		x				
13.02.2013		x				
13.02.2013		x				
13.02.2013		x	x			
13.02.2013		x				
16.02.2013		x				x
16.02.2013		x				
16.02.2013		x	x			
16.02.2013		x				
16.02.2013		x	x			
16.02.2013		x				
25.02.2013	x		x			
25.02.2013		x				
26.02.2013		x				
26.02.2013		x		x		
26.02.2013		x				
27.02.2013		x				
27.02.2013		x				
04.03.2013	x					
05.03.2013		x				
05.03.2013		x		x		
05.03.2013		x				
07.03.2013		x				
08.03.2013		x				
09.03.2012		x				x
09.03.2013		x				
10.03.2013		x				
10.03.2013		x				
12.03.2013		x				
12.03.2013		x				
12.03.2013		x	x			
13.03.2013		x				
19.03.2013		x	x			
19.03.2013		x				
19.03.2013		x	x			
26.03.2013		x		x		
26.03.2013		x				
26.03.2013		x				
26.03.2013		x				
28.03.2013		x				
28.03.2013		x				
30.03.2013		x	x			

ANEXOS II

DATA	PARTURIENTES		PARTOS EXECUTADOS		PARTOS PARTICIPADOS	
	RISCO	NORMAIS	COM EPISIOTOMIA	SEM EPISIOTOMIA	PÉLVICOS	CEFÁLICOS
30.03.2013		x				
30.03.2013		x				x
30.03.2013		x				
01.04.2013		x				
02.04.2013		x				
02.04.2013		x	x			
02.04.2013		x				
04.04.2013		x	x			
04.04.2013		x				
04.04.2013		x				x
04.04.2013		x				
05.04.2013		x		x		
05.04.2013		x				
05.04.2013		x				
06.04.2013		x				
06.04.2013		x				
09.04.2013		x				
09.04.2013		x				
11.04.2013		x				
11.04.2013		x				
11.04.2013		x				
11.04.2013		x				
11.04.2013		x				
16.04.2013		x				
16.04.2013		x				
16.04.2013		x				
17.04.2013		x				
19.04.2013		x				x
19.04.2013		x				
19.04.2013		x				
19.04.2013		x	x			
19.04.2013		x		x		
19.04.2013		x				
23.04.2013		x	x			
23.04.2013		x				
23.04.2012		x				
23.04.2013		x		x		
23.04.2013		x				
23.04.2013		x		x		
24.04.2013		x	x			
24.04.2013		x				
TOTAL	5	142	25	16	0	11

ANEXO III

Critérios de Diagnóstico de um Episódio Depressivo

Critérios diagnósticos para Episódio Depressivo (WHO, 1992)

Em episódios depressivos (EDs) típicos de todos os graus de gravidade/gravidade descritos mais à frente (ligeiro, moderado e severo) o indivíduo sofre de:

A. Sintomas típicos

Humor deprimido

Perda de interesse e de prazer

Energia reduzida conduzindo a maior fadiga e a atividade diminuída. Cansaço acentuado mesmo depois de pequenos esforços.

Outros sintomas comuns incluem:

B. Sintomas adicionais

Diminuição da capacidade de concentração e da atenção

Perda de confiança e autoestima

Ideias de culpa e de desvalorização pessoal

Pensamentos pessimistas acerca do futuro

Pensamentos ou atos de auto-dano ou de suicídio (inclui tentativa de suicídio e parasuicídio)

Distúrbios do sono

Apetite diminuído

Para os EDs de todos os três tipos de gravidade, uma **duração de pelo menos 2 semanas** é habitualmente requerida para que se faça o diagnóstico mas períodos mais curtos podem ser razoáveis/suficientes se os sintomas forem inusualmente severos e de início rápido.

ED ligeiro: pelo menos 2 sintomas típicos e pelo menos 2 sintomas adicionais; alguma dificuldade na prossecução das atividades profissionais/ocupacionais e sociais mas provavelmente o funcionamento não será completamente comprometido.

ED moderado: pelo menos 2 sintomas típicos e pelo menos 3 sintomas adicionais; dificuldades consideráveis na prossecução das atividades ocupacionais, domésticas e sociais.

ED severo: os 3 sintomas típicos e pelo menos 4 sintomas adicionais; distress ou agitação; perda acentuada da auto-estima ou sentimentos de inutilidade ou culpa; suicídio é um perigo em casos particularmente severos; incapacidade em prosseguir com as atividades ocupacionais, sociais e domésticas.

Estas categorias devem ser utilizadas para classificar um ED único (o primeiro). Os episódios depressivos seguintes são classificados de acordo com as subdivisões da perturbação depressiva recorrente.

Alguns dos sintomas podem ser “acentuados” e desenvolver características particulares que possuem especial significância clínica. Os exemplos mais típicos destes sintomas somáticos são: perda de interesse ou prazer nas atividades que normalmente são prazerosas; falta de reatividade emocional a contextos e acontecimentos normalmente prazerosos; acordar duas horas ou mais antes do habitual; agravamento da depressão (dos sintomas) pela manhã; evidência objetiva de lentificação ou agitação psicomotora (“referida” ou relatada por outras pessoas); acentuada perda de apetite; perda de peso (frequentemente definida como 5% ou mais do peso corporal no mês passado); diminuição acentuada da libido.

Para os graus de gravidade ligeiro e moderado é possível diagnosticar a presença de “síndrome somático”, se 4 ou mais dos sintomas somáticos estiverem presentes;

Para o grau de gravidade severo existe a possibilidade de especificar a presença de sintomas psicóticos (delírios, alucinações ou estupor depressivo). Num ED severo presume-se que o “síndrome somático” estará quase sempre presente.

ANEXO IV
Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (Augusto *et al.*, 1996)

Como teve um bebé recentemente, gostaria de saber como se sente. Por favor assinale a opção que melhor se adequa ao que tem sentido nos últimos 7 dias, e não apenas como se sentiu hoje.

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como dantes
- ☐ Menos do que antes
- ☐ Muito menos do que antes
- ☐ Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro:

- ☐ Tanta como sempre tive
- ☐ Bastante menos do que costumava ter
- ☐ Muito menos do que costumava ter
- ☐ Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal:

- ☐ Sim, a maioria das vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo:

- ☐ Não, nunca
- ☐ Quase nunca
- ☐ Sim, por vezes
- ☐ Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo:

- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Sim, por vezes
- ☐ Não, raramente
- ☐ Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim:

- ☐ Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las
- ☐ Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
- ☐ Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- ☐ Não, resolvo-as tão bem como dantes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal:

- ☐ Sim, quase sempre
- ☐ Sim, por vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:

- ☐ Sim, quase sempre
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Só às vezes
- ☐ Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:

- ☐ Sim, quase sempre
- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Só às vezes
- ☐ Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma:

- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Muito raramente
- ☐ Nunca

Para o aplicador da EPDS:

EPDS – Orientações para cotação

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.